



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

Doente, Utente ou Cliente: Centralidade do cliente e sua satisfação

Alexsânder Lopes Varela

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Gestão de Unidades de Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutor Luís António Nunes Lourenço

Covilhã, outubro de 2017

Agradecimentos

A elaboração da dissertação tem como resultado de um trabalho individual que, necessariamente, é simplificado e aperfeiçoado por contribuições diversas de muitas outras pessoas, a quem expresso a minha mais profunda gratidão.

A minha possível gratidão vai antes de mais ao meu Deus supremo que sempre esteve presente, acompanhar cada passo dado, e a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a possível realização desta dissertação.

Ao meu Professor Doutor Luís António Nunes Lourenço, orientador deste trabalho, pela disponibilidade, incentivo, por toda a orientação, paciência e muito estímulo que deu-me como apoio na elaboração desse trabalho de investigação, as documentações científica que foi solicitado para a viabilização da parte empírica; agradecendo as críticas e sugestões que foram ditas para melhorar a apresentação, e também ao interesse que me despertou para a investigação da qualidade em saúde.

A minha família que me apoiaram e que se abdicaram do meu tempo e da minha presença e desculpando as minhas sucessivas ausências perante o período de elaboração do trabalho.

Aos meus amigos, em especial à família Gonçalves e há minha sobrinha que sempre estiveram presentes e me apoiaram, encorajaram e deram o maior apoio e incentivo.

Aos responsáveis do departamento da investigação e Conselho de Administração e Comissão de ética do CHCB, Entidade Publica Empresarial (EPE), por terem autorizado a realização deste trabalho.

Por fim gostaria de agradecer a todos os utentes, os profissionais de saúde do CHCB, que participaram de uma forma voluntária e esclarecedora pela disponibilidade e integração da amostra que se permitiu que esse estudo se tornasse possível e de puder melhorar a qualidade dos serviços em saúde.

A todos um sincero agradecimento.

Resumo

As abordagens de qualidade em saúde têm evoluído ao longo dos tempos. É porem, certo que a satisfação das necessidades dos utilizadores, de forma eficiente e eficaz é um dos desafios que têm de ser superados para um efetivo progresso na área da saúde. Assim, pode afirmar-se que a satisfação dos utentes e das expectativas dos mesmos, pode ser entendida como uma medida da qualidade dos serviços de saúde. É assim importante averiguar qual a perspetiva em que os utentes/pacientes são olhados e tratados nos serviços de saúde. Recorrendo a abordagens de outros setores pode dizer-se que qualidade de um produto ou serviço está relacionada com a forma como as expectativas dos clientes são satisfeitas. Sendo o cliente um dos “stakeholders” (partes interessadas) fundamentais, uma organização que aposta na qualidade é necessariamente uma organização que deve estar centrada no cliente.

O presente trabalho tem, assim, como objetivo fundamental apurar a forma como os utilizadores dos serviços de saúde são olhados por esses mesmos serviços. Será que eles são olhados como “clientes”? Simultaneamente o estudo tem por objetivo apurar em que medida o utilizador sente que as suas expectativas foram satisfeitas desde a sua admissão até ao momento final da consulta.

Para tal foi administrado um questionário, (uma adaptação do Client Centred Care Questionnaire) aos utentes da Consulta Externa do Hospital Pêro da Covilhã. Foi também aplicado uma outra versão questionário dirigida aos prestadores do serviço.

Foi assim possível, por um lado apurar em que medida os utentes se sentiam como o centro do processo e se eram efetivamente tratados como clientes. Por outro lado, foi possível comparar as perceções de utentes e prestadores relativamente à forma como os primeiros são encarados pelos serviços de saúde. Verificou-se que, de facto existiam diferenças. Por outro lado, concluiu-se que, a perceção da forma como os utentes são tratados, está relacionada com a satisfação relativamente ao serviço.

Palavras-chave

Qualidade em saúde; Cliente/utente; Satisfação do cliente.

Abstract

The approaches to healthcare quality have evolved through time. It is only certain that the satisfaction of the needs of the users, in an efficient and effective manner is one of the challenges that must be achieved to gain an effective progress in the area of health. Therefore, it can be stated that user satisfaction and expectations may be seen as a measure of the quality of healthcare services. It is also important to assess what is the perspective in which the users/patients are regarded and treated in the healthcare services. Using approaches that are common in other sectors, it can be stated that the quality of a product or a service is related to the way the expectations of the customers are satisfied. Being the customer the major stakeholder, an organization that cares for service quality, is, necessarily, an organization that is client-centered.

This work has, as main goal, to assess the manner in which the users of the healthcare services are regarded by these services. Are they regarded as “customers”? At the same time, this study has as goal to assess in what measure the user feels his/her expectations were satisfied, from the admission until consultation time.

To measure this, an adaptation of the Client Centred Care Questionnaire was given to the users at the *Consulta Externa* of the Pêro da Covilhã Hospital (Covilhã, Portugal). It was also used another version of the questionnaire targeted to the care service givers.

Thus, it was possible to assess in what measure the users felt as the centre of the process and if they felt treated as clients. It was possible to compare the perceptions of users and healthcare providers as to the manner in which the users are treated by the healthcare services. Conclusions point to the existence of differences. Finally, conclusions also point that the perception, on the way users are treated, also relates to the user satisfaction with the provided healthcare services.

Keywords

Healthcare Quality; Client / User; Customer satisfaction.

Índice

| | |
|---|------|
| Agradecimentos..... | III |
| Resumo..... | V |
| Abstract..... | VII |
| Índice..... | IX |
| Lista de Figuras | XI |
| Lista de Tabelas | XIII |
| Lista de Abreviaturas | XV |
| 1. Introdução..... | 1 |
| 1.1 Justificação / Importância da Escolha do Tema..... | 1 |
| 1.2 Objetivo de investigação | 1 |
| 2. Revisão da Literatura | 3 |
| 2.1. Conceito de qualidade | 3 |
| 2.2. Evolução das abordagens de qualidade | 5 |
| 2.3. Qualidade em Serviços | 6 |
| 2.3.1 Conceito qualidade em serviços | 6 |
| 2.3.2 A medição da qualidade: Escala SERVQUAL e SERVPERF | 6 |
| 2.3.3 Relação entre a qualidade e a satisfação | 7 |
| 2.4 Qualidade de cuidados de saúde..... | 8 |
| 2.4.1 Dimensões da qualidade de saúde | 9 |
| 2.4.2 Evolução da qualidade nos cuidados de saúde em Portugal | 10 |
| 2.5 Satisfação dos Utentes | 11 |
| 2.5.1 Conceito de Satisfação..... | 11 |
| 2.5.2 Conceitos satisfação dos utentes..... | 12 |
| 2.6 Cliente ou Utentes..... | 13 |
| 2.6.1 Conceitos | 13 |
| 2.6.2 Perspetiva da qualidade da saúde dos clientes | 14 |
| 2.6.3 Visão institucional dos utentes como clientes..... | 14 |
| 2.6.4 Medição da Centralidade do Cliente | 15 |
| 3. Metodologia | 17 |
| 3.1 Tipos de Estudo da Investigação | 18 |
| 3.2 Hipótese e Questão de Investigação | 19 |
| 3.3 Definição da População/ Amostra | 21 |
| 3.4 Definição de Variáveis..... | 23 |
| 3.5 Métodos e Técnicas de Recolha de dados | 24 |
| 4. Apresentação e Análise de Resultados | 27 |
| 4.1 Análise descritiva dos utentes | 27 |
| 4.1.1 Caracterização Sociodemográfica | 27 |

| | |
|---|----|
| 4.1.2 Caracterização da consulta | 29 |
| 4.1.3 Tipo de consulta..... | 30 |
| 4.2 Análise descritiva dos profissionais de saúde..... | 31 |
| 4.3 Centralidade do cliente | 32 |
| 4.3.1 Análise dos fatores para centralidade do cliente..... | 33 |
| 4.3.2 Centralidade do Cliente - Utentes e Prestadores..... | 34 |
| 4.4 Satisfação dos utentes | 36 |
| 4.4.1 Satisfação dos utentes pelo serviço prestado | 36 |
| 4.4.2 Análise dos fatores para satisfação dos utentes | 36 |
| 4.5 Relação entre a Centralidade e Satisfação | 38 |
| 5. Conclusão | 41 |
| 5.1 Discussão de resultados..... | 41 |
| 5.2 Limitações | 42 |
| 5.3 Perspetivas futuras | 42 |
| Bibliografia..... | 45 |
| ANEXOS | 49 |
| Anexo I - Documentos Relativos às Autorizações Solicitadas | 49 |
| Pedido de autorização..... | 49 |
| Parecer do Centro Hospitalar..... | 50 |
| Ficha de Apresentação do Projeto..... | 53 |
| Consentimento Informado | 55 |
| Anexo II Instrumentos de Recolha de Dados..... | 57 |
| Utentes | 57 |
| Funcionários | 61 |
| Anexo III- Centralidade de Cliente..... | 63 |
| Medidas descritivas | 63 |
| Testes de hipótese | 67 |
| Anexo IV- Centralidade de Cliente - Utentes VS. Prestadores | 68 |
| Anexo V - Satisfação | 69 |
| Medidas descritivas | 69 |
| Testes de Hipótese..... | 73 |
| Anexo VI - Análise de Fatores | 74 |
| Anexo VII - Dimensões da Satisfação | 75 |
| Anexo VIII- Estatísticas da Regressão..... | 76 |

Lista de Figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1: Sistema de Gestão da Qualidade..... | 5 |
| Figura 2: Evolução da Qualidade | 5 |
| Figura 3: Satisfação dos utentes | 13 |
| Figura 4: Esquema metodológico da tese | 17 |
| Figura 5: Hipóteses referente as médias na centralidade do cliente | 21 |
| Figura 6: Demonstração da amostra duma população | 21 |
| Figura 7: Caracterização da localidade da Covilhã | 22 |
| Figura 8: Estatística dos utentes à consulta externa | 30 |
| Figura 9: Estatística situação profissional dos profissionais saúde | 31 |
| Figura 10: Estatística das especialidades dos profissionais saúde | 32 |
| Figura 11: Médias da Centralidade de Cliente para Utentes e Prestadores | 34 |
| Figura 12: Satisfação dos utentes pelo serviço prestado | 36 |

Lista de Tabelas

| | |
|--|----|
| Tabela 1: Definições da qualidade | 4 |
| Tabela 2: Dimensões da qualidade de saúde | 10 |
| Tabela 3: Atividade consulta externa CHCB | 23 |
| Tabela 4: Valores de Significância | 26 |
| Tabela 5: Estatística dos utentes da consulta externa referente a idade | 27 |
| Tabela 6: Estatística dos utentes das variáveis sociodemográficas | 28 |
| Tabela 7: Estatística das variáveis consulta externa | 29 |
| Tabela 8: Estatística descritiva da amostra dos profissionais de saúde | 31 |
| Tabela 9: Estatística aos profissionais de saúde | 31 |
| Tabela 10: Estatística descritiva das médias sobre a centralidade no cliente | 33 |
| Tabela 11: Centralidade de Cliente - Resultados dos testes de hipótese | 34 |
| Tabela 12: Centralidade do cliente - Uteses vs. Prestadores | 35 |
| Tabela 13: Estatística de confiabilidade | 37 |
| Tabela 14: Satisfação - Resultados dos testes de hipótese | 37 |
| Tabela 15: Teste de KMO e Bartlett | 38 |
| Tabela 16: Relação entre a centralidade e variável dependente | 38 |

Lista de Abreviaturas

ACSA - Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
AHRQ- *Agency for Healthcare Research and Quality*
ARS- Administração Regional de Saúde
CCCQ- *Client-Centred Care Questionnaire*
CHCB-Centro Hospitalar Cova da Beira
CNQ- Conselho Nacional da Qualidade
CSP- Cuidados de Saúde Primários
DGS- Direção Geral da Saúde
DP - Desvio padrão
EFQM- *European Foundation Quality Management*
ENSP- Escola Nacional de Saúde Publica
EPE- Entidade Publica Empresarial
IQS- Instituto da Qualidade em Saúde
ISO- International organization for standardization
NSAP- Núcleo da Saúde da Associação Portuguesa
OMS- Organização Mundial de Saúde
P- Significância
SNS- Serviço Nacional de Saúde
SPSS- *Statistical Package for the Social Science*
T- Teste t student
TQC- Controlo da Qualidade Total
TQM- *Total Quality Management*

1. Introdução

1.1 Justificação / Importância da Escolha do Tema

Segundo Ferreira et al., (2001) os doentes estão a ter um papel ativo cada vez maior nos debates sobre os cuidados de saúde, questionando os cuidados médicos prestados e querendo participar na garantia da qualidade. Esta participação dá-lhes a oportunidade de compreenderem as diferentes opções de tratamento, de fazerem escolhas informadas respeitantes aos cuidados médicos e de se tornarem corresponsáveis pelos resultados dos cuidados. É, por isso, importante que os doentes participem e se envolvam nas atividades de garantia da qualidade dos cuidados médicos.

Irvine e Irvine citado por Ferreira et al., (2001) referem que os utentes e a sociedade em geral começam já a responsabilizar os prestadores de cuidados sobre os serviços por eles prestados e a «pedir-lhes contas» por atos de menos boa qualidade. Ao mesmo tempo, entre os prestadores, os gestores e os agentes de decisão política, assiste-se também a um maior interesse em envolver os doentes nas atividades de garantia da qualidade e em tomar em consideração as avaliações que estes fazem dos cuidados prestados.

Ao propor o tema de estudo **“Doente, Utente ou Cliente: Centralidade do cliente e sua satisfação”** teve-se em consideração a situação quotidiana hospitalar, em que o utilizador dos serviços de saúde deve ser visto como pessoa e não como um mero “utente”. Por isso estes serviços devem atender às necessidades dos mesmos e proporcionando-lhe a satisfação pelo serviço prestado. A satisfação do doente poderá ser influenciada, direta ou indiretamente, por diferentes variáveis sobre as quais se pode não ter controlo.

Os cuidados de saúde hoje em dia representam um dos aspetos fundamentais no desenvolvimento económico e social de qualquer país, pelo que pode ser considerado uma importante temática do estudo, relevante e pertinente. Na investigação que se desenvolve ao longo do presente trabalho, deve-se ter em conta a forma como as instituições hospitalares ou de saúde se caracterizam e como se relacionam com os seus doentes, utentes ou clientes. Procurando apurar qual a importância que é atribuída pelos serviços ao relacionamento com os utentes e qual a repercussão que tal preocupação tem na satisfação dos mesmos.

1.2 Objetivo de investigação

Um objetivo da presente desta investigação é diferenciar, na medida do possível, o conceito de utente, doente e cliente. Mas fundamentalmente avaliar em que medida o utente/doente/cliente é colocado no centro das preocupações e atividades dos serviços de saúde. Ou seja, saber se o serviço é centrado no cliente, sendo o cliente aqui entendido na perspetiva que lhe é atribuída na Gestão da Qualidade.

A medida da centralidade de cliente será feita com base nas perceções quer de utentes quer de prestadores. Assim um segundo objetivo é saber em que medida, relativamente a esta centralidade, as perceções de utentes e prestadores coincidem ou divergem.

É espectável que a forma como o utente é tratado pelo serviço de saúde tenha repercussões na sua satisfação, por isso um outro objetivo é apurar em que medida a centralidade de cliente está relacionada a satisfação sentida. Ou seja, se há relação entre a centralidade de cliente e a qualidade de serviço percebida.

A atual dissertação está estruturada por cinco capítulos:

Depois do capítulo introdutório, num segundo capítulo é feita a revisão da literatura. Aqui, para além de uma abordagem ao conceito de qualidade e qualidade em saúde, presta-se atenção à evolução da qualidade em saúde em Portugal, mas fundamentalmente abordam-se a questão da centralidade de cliente, da satisfação e da sua medição.

No terceiro capítulo são desenvolvidas as questões de investigação formuladas as hipóteses e apresentada a metodologia do estudo.

Os resultados são apresentados no quarto capítulo e as conclusões e perspetivas de investigação futura no quinto capítulo.

2. Revisão da Literatura

2.1. Conceito de qualidade

A qualidade é um conceito muito subjetivo, e cada pessoa tem a sua percepção e ideia sobre o mesmo. Muitas pessoas definem a qualidade como excelência, que se relaciona diretamente com a expectativa e percepção dos utilizadores, perante um determinado serviço ou produto. O conceito é influenciado por diversos fatores e assume diferentes significados, que têm que ver com as características ou a forma apelativa do produto, e que afeta a percepção das necessidades dos indivíduos, (Ferreira, 1991; Oakland, 2000; Kotler & Keller, 2006; Tribus, 1990).

O conceito de qualidade normalmente associa-se à perfeição, eficiência, eficácia, cumprimento de normas e procedimentos e à satisfação dos utentes; e como um conjunto de atividades planeadas, baseada numa meta explicativa e na avaliação do desempenho aos níveis de qualidade com melhoria contínua (Parasuraman, Zeithaml, & Berry 1985).

Por fim, pode ainda referir-se que a qualidade tem duas partes interdependentes (qualidade de facto e qualidade na percepção), sendo que a qualidade de facto tem que ver com a forma como o padrão corresponde às expectativas do utente. Ao passo que a qualidade na percepção corresponde às expectativas de cada utente (Lee & Yom, 2007; Gomes, 2004).

A qualidade é subjetiva, assenta na confiança dos utilizadores relativamente ao serviço ou produto. O controlo de qualidade deve, pois, realçar as características de produtos que satisfaçam as necessidades dos clientes/utentes, garantindo que elas estão em conformidade com o produto/serviço prestado. Para que o investimento em qualidade compense é necessário garantir processo produção na perfeição á primeira *“right first time”*. Em suma, é necessário obter uma produção de forma económica e satisfatória para o consumidor final, gerir a qualidade organizacional direcionada para cliente/utente (Juran, 1988; Crosby, Deming, Juran, & Suarez, 1992; Gomes, 2004).

Na definição do conceito de qualidade importa também olhar àquilo que dizemos chamados Gurus da qualidade, como Edwards Deming, Joseph Juran, Philip Crosby, ou Feigenbaum (Nielsen, Merry, Schyve, & Bisognano, 2004). Para Deming qualidade é fundamentalmente definida em termos da satisfação do consumidor. Para Juran ela pode ser definida como um conjunto de características do produto que atendem às necessidades dos clientes e, assim, garantem a sua satisfação, mais ainda, qualidade deve representar ausência de falhas. Philip Crosby defende que a qualidade de um produto ou serviço é equivalente a garantir que todas as suas características mensuráveis satisfazem os critérios de especificação. Já Feigenbaum entende qualidade como o conjunto das características (de marketing, engenharia, fabricação e manutenção) através das quais um produto ou serviço atende às expectativas do consumidor.

Nas definições de qualidade importa também referir o contributo de Garvin (1984) que propõe cinco abordagens. Sumariamente essas abordagens estão representadas na tabela 1. O aprofundamento destas abordagens, proposto por Garvin (1984) leva-nos a relacionar a qualidade com um conjunto de outras variáveis o que permite uma maior compreensão do conceito. Porém, o aprofundamento dessa análise fica fora do âmbito deste trabalho.

Tabela 1: Definições da qualidade

| | |
|------------------------------|---|
| Transcendente | Percepção intuitiva - não se define |
| Baseada no produto | Baseada numa série de especificações mensuráveis |
| Baseada no cliente | Percepção do cliente |
| Baseada na fabricação | Conformidade com requisitos e especificações |
| Baseada no valor | Grau de excelência a um preço aceitável |

Fonte: Garvin (1987)

Como fica claro não é fácil encontrar uma definição unanime de qualidade. A própria norma internacional ISO, que é o resultado de reflexões e contributos de especialistas e profissionais a nível mundial tem constantemente atualizado a definição adotada. Em 2015 a definição de qualidade era a seguinte: “qualidade - grau de satisfação de requisitos dado por um conjunto de características intrínsecas de um objeto¹”.

Se se atentar nas diferentes definições a abordagens da qualidade é possível identificar algo que está subjacente a todas elas: a satisfação dos clientes/consumidores e das suas expectativas e requisitos. Esta é uma ideia que orienta a presente investigação.

A centralidade do cliente é algo que fica também clara quando se atenta na abordagem proposta pela ISO 9001 aos processos de fabrico de produtos ou serviços como fica claro na figura 1. De facto, um processo é entendido como a transformação de uma entrada numa saída. Contudo, essa entrada é entendida como um requisito definido pelos clientes, e a saída é entendida como a satisfação dos clientes.

¹ NP EN ISO 9000:2015

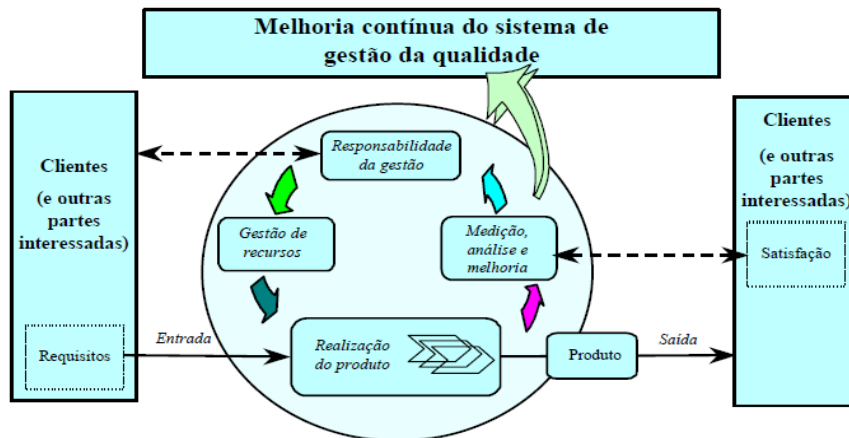
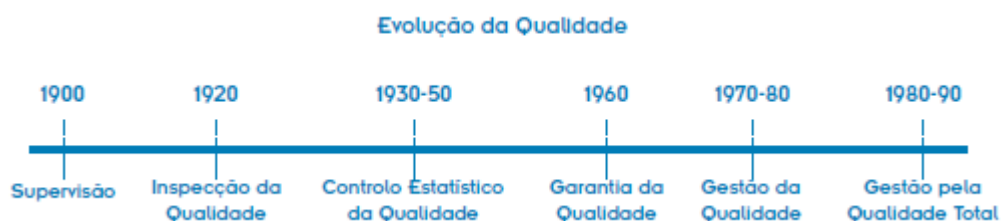


Figura 1: Sistema de Gestão da Qualidade²

2.2. Evolução das abordagens de qualidade

Associadas ao conceito de qualidade estão as abordagens à qualidade, ou mais propriamente, à gestão da qualidade. Se hoje fala em conceitos como a gestão pela qualidade total (GQT), ou TQM - Total Quality Management, com toda a complexidade que esta expressão encerra. Nem sempre a abordagem foi essa.

Duma forma sintética, e através da figura 2, Pires (2012, p.51) apresenta a evolução das abordagens da qualidade ao longo do tempo. Se no início, com a revolução industrial, a qualidade apontava apenas à inspeção, as abordagens foram evoluindo e passaram a integrar outros elementos.



Fonte: Andrade et al., 2004

Figura 2: Evolução da Qualidade

À inspeção foram acrescentadas preocupações com o planeamento e o tratamento da informação, entre outros, e que caracterizam a fase do controlo de qualidade. O controlo da qualidade permitiu a demonstração pública, ou perante parceiros, da qualidade produzida, o que nos leva à garantia da qualidade.

² NP EN ISO 9001:2015

A **gestão pela qualidade total** amplia os conceitos anteriores a todas as atividades inerentes ao processo produtivo que engloba todos os produtos, processos e colaboradores/intervenientes. Para além disso focaliza todo o processo na satisfação dos clientes.

2.3. Qualidade em Serviços

2.3.1 Conceito qualidade em serviços

A definição de qualidade não difere quando se fala de produção de bens tangíveis ou de prestação de serviços. Porém quando se fala de serviços há que ter em atenção as suas características próprias. A intangibilidade o facto não ser possível armazenar inspecionar e reparar, ou facto de, por vezes se verificar a participação direta do consumidor exige preocupações acrescidas (Gronroos, 1990).

Mais do que em outras situações é necessário ir ao encontro das expectativas dos utentes, recorrendo aos valores e referência, sendo importante saber a sua opinião. Assim a qualidade do serviço, será entendida como a opinião atribuída pelo cliente / utente relativamente à forma como esse serviço corresponde à expectativa. (Blumenthal, 1996; Gomes, 2004; Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1988; 1990).

Parasuraman et al. (1988) sugerem que a qualidade de um serviço é um conceito multidimensional que consiste em cinco dimensões: Confiança, Empatia, Garantia, Resposta e Tangibilidade.

- A Confiança refere-se à habilidade para desempenhar, com precisão, o que é prometido pelo serviço;
- Tangibilidade diz respeito à aparência das instalações físicas, equipamentos, comunicação interpessoal, ou seja, tudo aquilo que é visível.
- A **garantia** foca-se no conhecimento e cortesia dos colaboradores da organização e na sua habilidade para transmitir confiança e segurança na solução dos problemas dos utilizadores.
- A **empatia** centra-se na maneira como os colaboradores manifestam os cuidados de atenção personalizados a cada cliente.
- A **capacidade de resposta** define-se como a vontade de cada colaborador em ajudar os clientes e prestar-lhes prontamente o serviço.

2.3.2 A medição da qualidade: Escala SERVQUAL e SERVPERF

Atendendo a que, a avaliação da qualidade, na medida em que ela tem que ver com a satisfação, deve ser medida nestas cinco dimensões Parasuraman et al. (1985), partindo das dimensões atrás referidas, desenvolveram o instrumento de medida SERVQUAL. A ideia fundamental subjacente a esta medida é que existem expectativas dos clientes que podem ou não ser satisfeitas pelo serviço. Existe qualidade na medida em que a satisfação com o serviço

ultrapassa a expectativa que o cliente tem relativamente ao serviço. Por isso propõe-se como medida da qualidade o “gap” (diferença) entre a expectativa e a satisfação.

Este instrumento permite, de forma concisa e precisa, avaliar a fiabilidade dos serviços e ajuda na compreensão e perceção dos consumidores relativamente ao próprio serviço (Brook, McGlynn, e Cleary, 1996).

Vários autores deram contributos e referiram dimensões e formas em que o modelo SERVQUAL pode ser usado na árabe da qualidade em saúde para, de forma eficaz, captar a perceção dos utentes. Assim ele pode ser considerado um modelo confiável e válido no ambiente hospitalar.

Anderson; & Zeithaml (1984) aplicou o modelo SERVQUAL para medir a qualidade do serviço de saúde oferecido por uma clínica de saúde de uma universidade pública. Mais tarde foi aplicado em Hospitais do Serviço Nacional de Saúde no Reino Unido.

O modelo SERVQUAL contribui de forma positiva para uma melhor perceção e qualidade dos serviços prestados aos utentes/clientes, tendo sofrido várias alterações. Sendo assim, deu-se o surgimento da escala SERVEPERF, medindo a qualidade na perspetiva do cliente/utente no que diz respeito à prestação de serviço e não à expectativa criada inicialmente. A SERVEPERF avalia a performance da qualidade dos serviços prestados e satisfação dos utilizadores. (Jain e Gupta, 2004; Cronin e Taylor 1992).

No presente trabalho, apesar de se não medirem as expectativas, mas apenas a satisfação, seguir-se-á o modelo proposto por Parasuraman et al. (1985).

2.3.3 Relação entre a qualidade e a satisfação

“A qualidade percebida nos serviços define-se pelo grau da discrepância entre as percepções e as expectativas do cliente. Contudo, a expectativa leva a uma certa avaliação de qualidade nos serviços, dependendo do seu contexto inserido. Assim sendo, na literatura concernente à qualidade nos serviços, as expectativas são vistas como os atributos desejados num determinado serviço, enquanto na literatura alusiva à satisfação de clientes, as expectativas são vistas como o reflexo do que o cliente antevê, isto é, do que lhe virá a ser fornecido”. (Parasuraman, et al., 1988)

A forma como a qualidade dos serviços é percebida reflete-se na satisfação e esta, por sua vez, define a probabilidade de se continuar, ou não, a utilizar esse mesmo serviço. Sendo assim, a distinção entre estas duas perspetivas encontra-se indiretamente relacionada com a divergência entre qualidade percebida e satisfação do cliente quanto ao serviço fornecido que, embora exista uma ligação causal entre os dois conceitos, tudo leva a crer que sejam distintos (McDougall & Levesque, 2000).

Vinagre e Neves (2008) defenderam que a satisfação e a qualidade de serviço, podem ser definidas e avaliadas de formas diferentes. A principal diferença entre ambas é que a satisfação é uma avaliação que se refere a um resultado-padrão, que envolve diversas dimensões específicas do serviço prestado, sendo mais evidenciada por sinais exteriores. A percepção da qualidade está associada a uma transação específica ou à experiência de serviço, mas tende a permanecer mais tempo do que a satisfação, que é o reflexo de uma experiência do serviço transitória.

De acordo com Dabholkar (1995), citado por Lage (2008), a satisfação conduz à qualidade do serviço, particularmente em situações onde existe um fator de surpresa, que aumenta a emoção da experiência e influencia os conhecimentos posteriores, acerca da mesma. Sendo assim a satisfação está direcionado para o indivíduo, assim como a qualidade está para o serviço, se bem que a qualidade apenas seja reconhecida pelo cliente se ela for percebida (Coelho, 1998, citado por Lage, 2008)

2.4 Qualidade de cuidados de saúde

Na abordagem deste conceito existem dificuldades na definição e na sua medição e que, segundo Ferreira (1991), para uma melhor compreensão do conceito de qualidade tem de se abordar dois conceitos: **Conceito de saúde e de Cuidados de saúde**. A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. É, pois, importante abordar a Qualidade dos cuidados de saúde.

Donabedian (1980, 1981), o “pai da qualidade em saúde” salienta ela tem por base a qualidade do bem - estar dos doentes em contrapartida com os ganhos e perdas no decorrer do processo de cuidados e todas as suas componentes. Sendo assim, o autor defende que definir “qualidade dos cuidados de saúde não é uma tarefa fácil, uma vez que se relaciona com a relação que se estabelece no atendimento do utente” ou seja o serviço é utilizado no momento da prestação do mesmo.

A Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) define a qualidade no cuidados de saúde como “fazer a coisa certa para o doente certo, no tempo certo, de maneira adequada de forma a atingir os melhores resultados possíveis” (Silva, 2013, p. 5-6). Isso quer dizer que a qualidade de cuidados será baseada numa possível evidência médica, tendo em conta os doentes e pretende melhorar a saúde e os tratamentos.

“A qualidade nos cuidados de saúde é a medida em que aumenta a probabilidade dos serviços de saúde para indivíduos e populações obterem resultados desejados na saúde que sejam consistentes com o atual conhecimento profissional” (IOM, 1990, citado por Silva, 2013).

Serapioni (2009) reporta que “Qualidade em saúde é sem dúvida um conceito complexo, com muitas facetas e diferentes autores que utilizam o conceito com diferentes significados.” O mesmo explica a complexidade da qualidade com base em vários fatores, e que afeta culturas, competências, direcionado aos cidadãos públicos e aos sistemas de saúde.

Até metade dos anos 80, a qualidade em saúde tem enfoque na dimensão técnica, ou seja, os profissionais escolhem a melhor prática assistencial adequada ao progresso científico. Recentemente, na segunda etapa, a qualidade foca-se nos aspetos organizacionais e nos processos como sistemas de qualidade total e melhoria contínua, que advém das empresas industriais, mais concretamente oriundas de Japão e **Estados Unidos da América (E.U.A)**, orientadas numa gestão de processos que respondem às expectativas dos clientes/ utilizadores.

Para Hespanhol (2005), a “qualidade total em saúde requer a compatibilização e o equilíbrio entre as exigências, por vezes antagónicas, entre as três dimensões da qualidade: ***Qualidade para o cliente, Qualidade profissional e Qualidade de gestão***. No entanto, em muitos sistemas de saúde é valorizada a perspetiva da qualidade profissional e da qualidade de gestão.”

Não existe, de facto, uma única definição de qualidade em saúde. Ainda assim, percorrendo as diferentes abordagens e definições atrás referidas há algo que está sempre presente: o utente/paciente. Por vezes ele é explicitamente entendido como cliente, outras, tal não acontece, porém, a satisfação das suas exigências e expectativas está sempre presente.

2.4.1 Dimensões da qualidade de saúde

Já se viu que, na definição e estudo da qualidade, seja na área dos cuidados de saúde seja noutras áreas, há um conjunto de autores que propõem uma abordagem que passa pela identificação de um conjunto de dimensões.

Alguns autores, como Donabedian (1988), referem-se especificamente à área da saúde. Já Parasuraman (1988) ou Garvin (1984) não se focalizam apenas numa área. Interessante é também olhar às dimensões propostas pelo Plano Nacional de Saúde 2012-2016 onde qualidade em saúde é definida como “a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional óptimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão” (Campos, Saturno e Carneiro, 2010 p. 12).

Assim apresentam-se, de forma sumária, na tabela 2, as diferentes dimensões propostas pelos autores atrás referidos. Não se descreve em pormenor nenhuma das divisões propostas, mas salienta-se, porque importante para este estudo, uma das dimensões propostas no PNS 2011-2016 - Cuidado centrado no doente.

Tabela 2: Dimensões da qualidade de saúde

| Parasuraman (1988) | Donabedian (1988) | Garvin (1984) | PNS (2011-2016) |
|--------------------|-------------------|-----------------------|----------------------------|
| Tangibilidade | Eficácia | Performance | Efetividade |
| Confiança | Eficiência | Características | Eficiência |
| Tempo de resposta | Acesso | Confiança | Acesso |
| Garantia | Segurança | Conformidade | Segurança |
| Empatia | Inseparabilidade | Durabilidade | Equidade |
| | Adequabilidade | Manutenção | Adequação |
| | Melhoria de saúde | Perceção de qualidade | Oportunidade |
| | | Estética | Cuidado centrado no doente |
| | | | Continuidade |
| | | | Respeito |

Elaboração própria

2.4.2 Evolução da qualidade nos cuidados de saúde em Portugal

Segundo Pisco e Biscaia (2001; pp44), “a qualidade na saúde tem algumas características que a diferenciam de outros sectores — é orientada para as necessidades, e não simplesmente para a procura, é de carácter pró-ativo e é vista em conjunto com outros atributos dos cuidados de saúde”.

Em Portugal, a qualidade na saúde tem tido oscilações de forma positiva. De acordo com a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), em colaboração com a OMS e a Direção Geral dos Cuidados de Saúde Primários (DGCSP), realizaram-se seminários luso-espanhóis sobre a garantia da qualidade em Cuidados de Saúde Primários (CSP), dirigidos aos médicos com a responsabilidade de gestão local e regional, que incluíam aspetos teóricos e de sensibilização e, para além destes, a apresentação e realização de projetos no campo da garantia da qualidade.

Em 1988 foi promovido I encontro da qualidade dos serviços de saúde em Lisboa pelo Núcleo da Saúde da Associação Portuguesa (NSAP), sobre o qual foram publicados diversos artigos sobre avaliação da qualidade de programas de saúde e projetos em unidades de saúde, hospitais e centros de saúde.

A Administração Regional de Saúde (ARS), e sub-regiões promoveram ações de formação no âmbito da qualidade, em finais da década 80. Na década seguinte fez-se um investimento em qualidade de saúde e, consequentemente, foi criado um projeto de avaliação e garantia da qualidade no âmbito nacional e regional através da Direção Geral da Saúde (DGS), onde mediam a qualidade através de indicadores. Tendo em atenção alterações verificadas, o Ministério de Saúde assume ao nível mais alto, a responsabilidade pela qualidade. Assim, deu-se o surgimento e desenvolvimento do sistema de qualidade na saúde no Serviço Nacional de Saúde (SNS), em que a missão é direcionada para o desenvolvimento contínuo da qualidade da saúde. A partir do ano 1999 foram criadas diferentes estruturas do sistema de qualidade como: Conselho Nacional da Qualidade (CNQ) e o Instituto da Qualidade em Saúde (IQS). Competia ao último a definição e o desenvolvimento de normas, estratégias e procedimentos que visam a melhoria continuada da qualidade nos cuidados de prestação de serviços de saúde (Pisco & Biscaia, 2001).

Mas a evolução das abordagens da qualidade em saúde em Portugal não tem sido linear. Para além dos alguns projetos previstos no PNS 2004 - 2010, que foram iniciados e abandonados ou, mais ou menos esquecidos, como o Qualigest e o Miniquor, a aposta na Certificação/Acreditação foi mudando de orientação. Em 1999 começou-se por apostar no modelo Inglês King's Fund, (hoje CHKS). Presentemente há cerca de uma dezena de Hospitais em Portugal acreditados segundo o modelo CHKS

Posteriormente a aposta recaiu na **Joint Commission International (JCI)** que foi adotado pela Unidade de Missão dos Hospitais S.A.. Presentemente há cerca de uma dezena de Hospitais e algumas Unidades de Cuidados continuados acreditados segundo o modelo JCI.

Entretanto é extinto o IQS e, em 2009, a Direcção-Geral de Saúde assume a responsabilidade de desenvolver um “Programa Nacional de Acreditação”. É definida uma **Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde (ENQS)** (Despacho 14223/2009). Coloca-se a questão de, ou desenvolver programa próprio, ou adotar um já existente, com vista a substituir outros. Adota-se o Modelo ACSA (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía) - ACSA Internacional (Campos et al., 2010).

2.5 Satisfação dos Utentes

2.5.1 Conceito de Satisfação

Segundo o Dicionário de Língua Portuguesa Contemporânea o termo “**Satisfação**” tem proveniência do termo etimológica do latim “*satisfactio*” e é definida como sendo “o ato ou efeito de satisfazer ou satisfazer-se”; “sentimento de bem-estar”; “contentamento que se manifesta nas pessoas e que resulta da realização do que se espera ou deseja ou do bom êxito de qualquer atividade” significa ainda, sentimento de agrado, aprazimento e alegria.

Segundo Johnson *et al citado por* Vilares e Coelho (2005) a satisfação pode ser definida com base em dois pressupostos distintos: 1) a satisfação do cliente é vista como sendo um juízo avaliativo que se faz após a escolha relativamente a uma compra ou a uma transação específica; 2) a satisfação como sendo um processo cumulativo, representa uma avaliação global que é baseada na experiência adquirida ao longo do tempo.

A satisfação pode ser definida como um estado afetivo resultante da apreciação das características percebidas do trabalho e da organização (Miguel Pina e Cunha, 2002).

A satisfação advém de uma resposta que o consumidor dá e que deriva do julgamento de uma característica do produto ou serviço, em si, ou por ser oferecido de forma a proporcionar níveis maiores ou menores de prazer (Oliver, 1997).

“A satisfação pode ter melhor compreensão como uma avaliação intrínseca à aquisição de um produto e/ou à experiência de consumo”. Ou seja, para que um cliente se sinta satisfeito tem

de ter uma avaliação positiva sobre o serviço ou produto adquirido, Porém, essa satisfação relaciona-se com diversos fatores: sociais, políticos, éticos, económicos, demográficos e tecnológicos, relações estas que podem ser, através do marketing empresarial, potenciadas na perspetiva da divulgação do produto ou serviço (Oliver, 1981; Anderson, 1973).

Kotler e Keller (2006, p.142) referem que, a satisfação de um cliente é o resultado da comparação do desempenho do produto ou serviço com a expectativa do comprador ou consumidor final. Tal significa que o cliente se sente insatisfeito se a expectativa for superior ao desempenho; caso exista igualdade entre o desempenho e a expectativa fica satisfeito e por fim se o desempenho for superior a expectativa logo o cliente ficará altamente satisfeito.

2.5.2 Conceitos satisfação dos utentes

“São várias as definições e níveis de análise que se podem encontrar na literatura sobre a satisfação do utente. Linder-Pelz (1982) afirma que a satisfação dos utentes é uma postura individual, resultante de uma avaliação positiva de diversas dimensões de cuidados de saúde, e que deve ser compreendida dentro de um determinado contexto, na qual um conjunto de elementos que podem ser mais ou menos satisfatório para o próprio utente”.

A satisfação dos utentes sempre é apreciada como um dos objetivos primordiais dos serviços de saúde, e cada vez mais tem vindo a ocupar um lugar bastante importante na avaliação da qualidade dos cuidados de saúde.

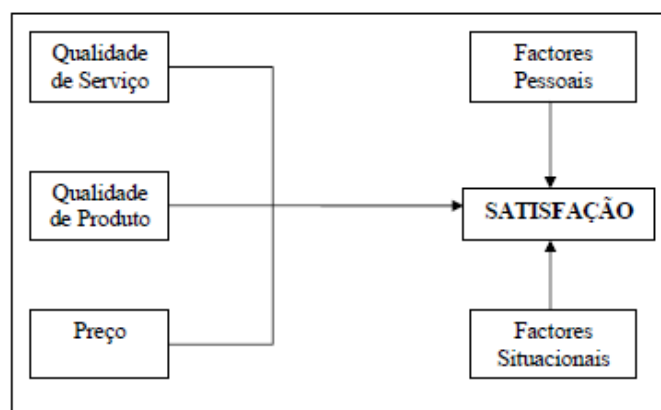
Segundo Greene, Weinberger, e Mamlin (1980), “a satisfação relaciona-se com a forma como as expectativas dos cuidados são percebidas pelos utentes”; Já para John (1992), “a satisfação do utente corresponde a uma reação emocional dada em consonância da avaliação que este faz da prestação dos cuidados de saúde a que foi sujeito (qualidade percebida). Como tal, essa resposta emocional é determinada pela confirmação ou infirmação das suas expectativas”.

Como sabemos, cada individuo tem a sua opinião própria e diferente relativamente ao que é que um serviço deve ser. Tal dificuldade é ultrapassada se se vir a satisfação do utente como resultado do diferencial entre as expectativa em relação aos cuidados e a sua perceção dos cuidados recebidos (Pereira, Araújo-Soares, e McIntyre, 2001). A avaliação dessa satisfação é extremamente importante para as organizações, pois poderão tirar vantagens competitivas de um melhor atendimento.

“A satisfação é um processo que engloba as expectativas dos utentes, o produto dos cuidados, as experiências anteriores e a cura ou recuperação. A satisfação pode ser definida como o cumprimento das expectativas e necessidades dos utentes de acordo com a sua perspetiva” (Greene et al., 1980). Lendrevie, Lindon, Dionísio, e Rodrigues (1996) observam a satisfação como um sentimento rápido, uma surpresa, uma desilusão ou ainda a diferença entre as expectativas do consumidor e os desempenhos que lhe foram percetíveis.

A satisfação do cliente pode ser analisada sob duas perspectivas diferentes: como resultado ou como um processo. A satisfação como resultado está relacionada com a natureza da satisfação (Oliver, 1997). Do outro ponto de vista, a satisfação como um processo está essencialmente preocupada com suas causas (Oliver, 1997). Para John, (1992) o conceito de satisfação dos pacientes inclui ambas as abordagens. Desta forma, a satisfação dos pacientes pode ser vista como uma atitude resultante da confirmação ou desconfirmação de expectativas (perspetiva de resultado) ou como um processo, resultante do nível de expectativas que o paciente leva à experiência de serviço (perspetiva do processo).

Oliver, Zeithaml e Bitner (2000) desenvolveram um modelo de fatores que influenciam a satisfação do utente. Segundo estes autores, a satisfação é o resultado da perceção de qualidade de serviço, produto, preço, fatores pessoais e situacionais que se apresenta sumariamente na figura 3.



Fonte: adaptado Zeithaml e Bitner (2000)

Figura 3: Satisfação dos utentes

A figura nº3 ilustra a forma como os utilizadores se sentem satisfeitos com os serviços que lhes são prestados. Para se sentir satisfeito, existem diversos fatores que são muito importantes e que estão na base da opinião do utente, assim sendo a satisfação do cliente.

Em resumo, é seguro afirmar que a satisfação do utente dos serviços de saúde tem que ver com a forma como a expectativas desse utente são atendidas pelo serviço. Porém essa satisfação pode ser condicionada por vários fatores, nomeadamente características dos pacientes, características dos profissionais, aspetos da relação médico paciente, ou fatores estruturais e ambientais (Lemme, Noronha, e Resende, 1991).

2.6 Cliente ou Utentes

2.6.1 Conceitos

Cliente deriva do latim “*cliens - entis*” é pessoa que recorre ao serviço de outra ou de uma entidade mediante retribuição pecuniária (“Dicionário da Língua Portuguesa Contemporaneo Academia das Ciências de Lisboa Editorial Verbo,” 2001). “Cliente é qualquer individuo que faz

um juízo sobre a qualidade em relação a qualquer **output** ou sub-**output** produzido pelo processo de cuidados de saúde ou em relação à transação pessoal de fornecimento do **output**"; "Qualquer indivíduo, grupo ou organização que tem expectativas em relação aos atributos físicos de um **output** produzido por um processo ou pela interação através da qual o **output** foi produzido" (Silva, 2013).

De acordo com o dicionário de língua portuguesa contemporânea o termo de "utente" deriva do termo latim "**utens-entis**" aquele que usa ou tem direito de usar um bem ou serviço público ou privado ("Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea Academia das Ciências de Lisboa Editorial Verbo," 2001).

Olhando às definições apresentadas é, pois, claro que o utente, nomeadamente o de um serviço público, não deixa de ser considerado cliente por duas razões. Primeiro porque, embora não pagando pessoal e diretamente a totalidade do serviço prestado ele o paga, indiretamente pelos seus impostos. Em segundo lugar, e também pela razão apontada anteriormente, ele faz, com todo o direito, a avaliação da qualidade do serviço de saúde prestado.

2.6.2 Perspetiva da qualidade da saúde dos clientes

Cada consumidor tem a sua própria perceção perante o serviço que lhe é prestado, e cada utilizador irá conter ou reformular a sua decisão perante os serviços oferecidos. Sendo assim, para que o cliente/utente se sinta bem, é necessária compreensão profunda perante as suas necessidades, de forma poder coletar, analisar os dados e informações, para poder compreender melhor os requisitos e a perceção do mesmo (J. J. Cronin & Taylor, 1994)

2.6.3 Visão institucional dos utentes como clientes

Segundo Witte, Schoot, & Proot (2006) referem que o cuidado de saúde tornou-se muito importante nos dias de hoje, e que se pode avaliar os potenciais cuidados e serviços através da perspetiva do cliente sendo cada vez mais importante pela sua necessidade, pelo que a maioria dos países ocidentais tem direcionado nos cuidados centrados no cliente (Waterworth & Luker, 1990).

Segundo Mead & Bower (2000), a abordagem centrada no paciente / cliente será considerado cada vez mais importante para a prestação de cuidados de alta qualidade de saúde e permite desenvolver modelos de relacionamento médico paciente de forma a poder abranger o conceito do paciente em si. Sendo assim uma descrição mais abrangente é fornecida por Stewart M., Brown J.B., Weston W.W., McWhinney I.R. e McWilliam C.L. (2005), propõem um modelo clínico centrado no cliente descrito por 6 componentes. Os mesmos autores afirmam que o método centrado no paciente requer uma disposição, e envolve os pacientes nas decisões médicas e não apenas os seus problemas.

Na Holanda o cuidado centrado no cliente tornou-se preocupação importante na política de saúde, o que demonstra a atenção às necessidades dos mesmos é um princípio que prevalece na política holandesa, e é considerado uma característica de qualidade. Não existe, porém, acordo sobre a definição de cuidado centrado no cliente, embora alguns estudos tentem alcançar alguma profundidade conceitual. Contudo, todos os conceitos centrados no cliente tem em comum o cliente/paciente no centro das atenções e do processo de cuidados de saúde, ou seja, o cliente visto como o ponto de partida para o cuidado (Bosman, Bours, Engels, & de Witte, 2008).

Com essa perspectiva em mente, os hospitais estão cada vez mais a implementar processos e programas centralizado no cliente a fim de desenvolver medidas/benefícios de forma a garantir uma boa qualidade e melhorar as intervenções a nível de unidade ou serviço. Segundo Mead & Bower (2000) e Chewning & Sleath (1996), expressões como: **“cuidado centrado no cliente”**, **“cuidado focado no cliente”** ou **“prática centrada no cliente”**, são cada vez mais usadas entre os profissionais de saúde. De acordo com Creel, Sass, & Yinger (2002), as instituições de saúde, cada vez mais, veem o seu utilizador como cliente ou seja o serviço que presta está focado no cliente. Assim, o seu objetivo é satisfazer os clientes de acordo com as suas necessidades.

2.6.4 Medição da Centralidade do Cliente

Ao colocarem os clientes em primazia, ou seja, ao fazerem com que o cuidado esteja concentrado/focado no cliente, as instituições de saúde procurarão avaliar a saúde dos utentes e decidir soluções de forma mais personalizada.

Segundo Law, Baptiste, & Mills (1995), os serviços de saúde que estão centralizados na perspectiva dos clientes têm um desempenho superior. Ou seja, quando todos os serviços e processos estão focados nos clientes isso permite identificar as possíveis necessidades dos seus potenciais clientes e assim potenciar os benefícios esperados pela parceria entre “cliente-profissional”.

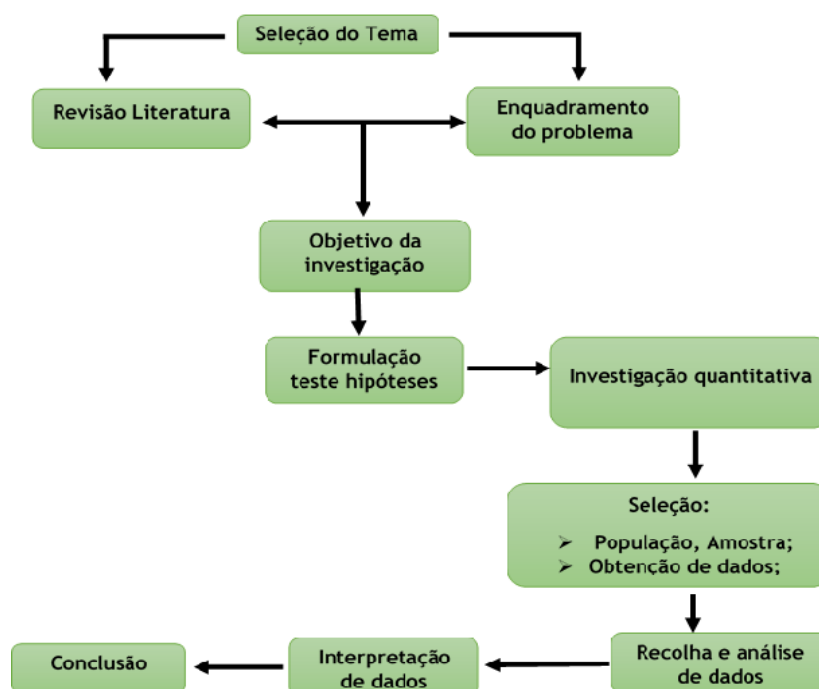
Para determinar em que medida as instituições que prestam serviços de saúde têm a sua atividade, bem como a dos seus funcionários centrado no cliente, têm sido desenvolvidos vários instrumentos de medida. Um deles o CCCQ (Client Centred Care Questionnaire) foi desenvolvido Witte et al. (2006). Este instrumento foi aplicado em pelo menos um estudo realizado na Holanda em 2006 (Bosman et al., 2008).

Têm também sido propostos outros questionários, por vezes direcionados a situações específicas, e orientados para a avaliação dos cuidados centrado no clientes e para medir a satisfação dos pacientes relativamente aos serviços (Cott, Teare, McGilton, & Lineker, 2006).

No presente estudo recorre-se ao questionário CCCQ par medir a centralidade do cliente. Para tal foi necessário traduzir as diferentes questões e adaptá-las à realidade portuguesa. Esse processo, bem como a explicitação da restante metodologia será apresento do capítulo seguinte.

3. Metodologia

No início deste capítulo, delinea-se e faz-se uma resenha sobre a investigação seguindo a figura 4. Define-se a forma como vai ser estruturada, o tipo de pesquisa a fazer, aborda-se a população e a amostra a ser estudada, apresenta-se qual a forma de colheita dos possíveis dados para o estudo, e as possíveis formas de tratar os mesmos, para poder dar resposta às hipóteses formuladas no estudo. É oportuno ressaltar a importância da metodologia científica referente aos estudos académicos.



Fonte: elaboração própria
Figura 4: Esquema metodológico da tese

Inicialmente, apresenta-se a definição etimológica do termo: a palavra metodologia vem do grego “meta” = ao largo; “odos” = caminho; “logos” = discurso, estudo. Também consiste em estudar, compreender e avaliar vários métodos disponíveis na realização de pesquisa académica, na qual descreve, avalia método e técnica de pesquisa perante a colheita e tratamento de dados³.

A metodologia é um “conjunto de métodos e de técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica”; é, também, a “secção de um relatório de investigação que descreve os métodos e as técnicas utilizadas no quadro dessa **investigação**” (Fortin, 2009 p.372).

³ <http://conceito.de/metodologia> (consultado no dia 02/03/2017)

A metodologia de investigação pressupõe, segundo Fortin (2009b), um conjunto de meios e processos que permitem realizar a investigação, processo este que deve ser racional assentando numa colheita de dados observados e verificados para explicar fenómenos e responder a questões em estudo.

3.1 Tipos de Estudo da Investigação

A investigação procurará responder às questões do estudo decorrentes do seu objetivo fundamental: saber em que medida os doentes/utentes dos serviços de saúde são efetivamente tratados como clientes (na perspetiva da “gestão da qualidade”) e de que forma isto afeta a sua satisfação com os serviços que lhes são fornecidos.

A investigação científica ostenta um estudo do tipo quantitativo descritivo e correlacional. Para desenvolver os aspetos relevantes na investigação, de acordo com Fortin (2009, p.322), a investigação quantitativa tem por finalidade compreender um fenómeno, segundo a perspetiva dos sujeitos; e também se “baseia na perspetiva teórica do positivismo em que se constitui como um processo dedutivo pelo qual os dados numéricos fornecem conhecimentos objetivos no que concerne às variáveis em estudo”. O estudo é delineado no domínio descritivo e a sua finalidade é fazer uma análise sobre as opiniões dos utentes e prestadores de serviço relativamente aos cuidados de saúde prestados. Procurará também, para uma melhor compreensão, estudar possíveis relações entre as variáveis do estudo. Esta abordagem considera mais adequado proceder a um estudo descritivo e exploratório, de forma a examinar e narrar as variáveis para uma possível interpretação dos possíveis resultados futuros do estudo e as conexões entre elas; e também no sentido de trazer novos conhecimentos sobre o conceito estratégico da tomada de decisão ou processo de decisão aplicado a entidades do setor de saúde com possibilidade de contribuírem para a satisfação do utente / cliente.

A nível do estudo descritivo e correlacional, Fortin (2009, p.174) refere que, o estudo correlacional tem por objetivo examinar relações entre as variáveis e a interligação entre as mesmas, pretende-se, pois, analisar as perceções dos utentes e profissionais de serviço de saúde de acordo relativamente à qualidade dos serviços de saúde e estudar as diferenças nessas perspetivas. Por conseguinte, a verificação das hipóteses, de modo a poder compreender melhor o fenómeno, tem a função de descrever as possíveis características dos comportamentos, que condicionem e influenciem a tomada de decisão pelos profissionais e técnicos no setor de saúde.

Segundo Reis (2009, p15), a estatística descritiva “consiste na recolha, apresentação, análise e interpretação de dados numéricos através da criação de instrumentos adequado: quadros, gráficos e indicadores numéricos.” Assim, depois de se ter recolhido os dados, eles serão aqui apresentados através de indicadores numéricos, quadros e gráficos para que assim sejam mais entendíveis ao leitor.

Posteriormente recorrer-se à inferência estatística para se poder testar as hipóteses de investigação, responder às questões científicas e retirar as devidas conclusões.

3.2 Hipótese e Questão de Investigação

Nessa fase importante clarificar a ideia (noção) de hipótese, a forma como deve ser formulada e testada. Apesar nem todos os estudos terem como objetivo testar hipóteses, entendeu-se como adequado, no presente estudo, formular um conjunto de hipóteses de relações, definidas de forma objetiva, entre duas ou mais variáveis.

Segundo Fortin (2009b), as sucessivas questões de “investigação são utilizadas no estudo exploratório-descritivo e correlacionais” como é o caso da presente investigação. O mesmo autor refere que a questão de “investigação é um enunciado interrogativo, escrito no presente que inclui habitualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar.” Segundo Talbot (1995) “As questões de investigação são as premissas sobre as quais se apoiam os resultados de investigação.”

O objetivo que se delineia nesse tópico é o de obter respostas às questões de investigação, sendo essas as seguintes: (1) Os utentes / doentes são tratados como clientes? (2) Os utentes / doentes e os prestadores têm a mesma perceção da forma como os primeiros são tratados? (3) Os utentes / doentes estão satisfeitos com o serviço prestado? (4) Existe relação entre a forma como os utentes / doentes são tratados e a sua satisfação com o serviço.

Segundo Fortin (2009b) “As hipóteses são um enunciado formal de relações previstas entre duas ou mais variáveis”. Esses enunciados incluem os elementos como as variáveis de estudo, a população e o tipo de investigação, e também devem respeitar um certo número de fatores que se verifica com ajuda de análises estatísticas. Os resultados poderão ser a confirmação ou não da hipótese. O teste de hipóteses é um método de inferência estatística que permite verificar, a partir dos resultados obtidos de uma amostra, se uma determinada hipótese feita sobre uma população deve ou não ser rejeitada (Perreira & Requeijo, 2012, p118).

Na recolha de dados foi utilizado um questionário, que se apresentará à frente, em que questionam, quer utilizadores quer prestadores, relativamente à forma como os primeiros são tratados. Procura apurar-se se os utilizadores são, de facto, tratados como clientes, ou seja, procura medir-se a “centralidade do cliente” (CC). Essa centralidade do cliente é medida através de 12 questões específicas. Por outro lado, foi utilizada o questionário SERVQUAL para medir a satisfação dos utilizadores relativamente a 5 dimensões.

Considerando a abordagem teórica apresentada, e com objetivo de dar resposta às questões de investigação, formulam-se as hipóteses da investigação. Para responder à primeira e à terceira questão de investigação utilizar-se-á a apenas a análise de indicadores descritivos. Porém para se poder ter uma visão mais aprofundada das perceções dos utilizadores considerou-se a

possibilidade de haver diferenças, quer quanto à “centralidade do cliente” quer quanto à sua satisfação no que diz respeito a género, estado civil, nível de formação e situação profissional.

Assim são formuladas as seguintes hipóteses quanto à “centralidade do cliente”:

Hipótese 1: A média da “centralidade de cliente” é igual para diferentes géneros.

Hipótese 2: A média da “centralidade de cliente” é igual para diferentes estados civis.

Hipótese 3: A média da “centralidade de cliente” é igual para diferentes níveis de formação.

Hipótese 4: A média da “centralidade de cliente” é igual para diferente situação profissional.

Quanto à satisfação dos utilizadores formulam-se também quatro hipóteses:

Hipótese 5: A média da “satisfação” é igual para diferentes géneros.

Hipótese 6: A média da “satisfação” é igual para diferentes estados civis.

Hipótese 7: A média da “satisfação” é igual para diferentes níveis de formação.

Hipótese 8: A média da “satisfação” é igual para diferente situação profissional.

Qualquer uma destas hipóteses será subdividida em sub hipóteses. No caso da “centralidade de cliente” em 12 sub hipóteses e, no caso da satisfação em cinco sub hipóteses correspondentes às cinco dimensões do SERVQUAL

Para responder à segunda questão de investigação é formulada a seguinte hipótese:

Hipótese 9 - Utentes e prestadores têm igual perceção da centralidade do cliente.

Uma vez que a “centralidade do cliente” é medida através de 12 indicadores, esta hipótese irá, na pratica ser subdividida em 12 sub hipóteses tal como é apresentado na Figura 5.

Para dar resposta à segunda questão de investigação foi formulada a seguinte hipótese:

Hipótese 10 - Não existe relação entre “centralidade do cliente” e satisfação do utente.

Uma vez que, na medição da satisfação dos utentes foram usadas as 5 dimensões do SERVQUAL, adaptado de Parasuraman (1985) (ver anexo III), também esta hipótese será, na pratica subdividida e 5 sub-hipóteses.

| | | |
|---|---|--|
| Para CC1 H0: $\mu_{CC1u}=\mu_{CC1p}$ Ha: $\mu_{CC1u}\neq\mu_{CC1p}$ | Para CC5 H0: $\mu_{CC5u}=\mu_{CC5p}$ Ha: $\mu_{CC5u}\neq\mu_{CC5p}$ | Para CC9 H0: $\mu_{CC9u}=\mu_{CC9p}$ Ha: $\mu_{CC9u}\neq\mu_{CC9p}$ |
| Para CC2 H0: $\mu_{CC2u}=\mu_{CC2p}$ Ha: $\mu_{CC2u}\neq\mu_{CC2p}$ | Para CC6 H0: $\mu_{CC6u}=\mu_{CC6p}$ Ha: $\mu_{CC6u}\neq\mu_{CC6p}$ | Para CC10 H0: $\mu_{CC10u}=\mu_{CC10p}$ Ha: $\mu_{CC10u}\neq\mu_{CC10p}$ |
| Para CC3 H0: $\mu_{CC3u}=\mu_{CC3p}$ Ha: $\mu_{CC3u}\neq\mu_{CC3p}$ | Para CC7 H0: $\mu_{CC7u}=\mu_{CC7p}$ Ha: $\mu_{CC7u}\neq\mu_{CC7p}$ | Para CC11 H0: $\mu_{CC11u}=\mu_{CC11p}$ Ha: $\mu_{CC11u}\neq\mu_{CC11p}$ |
| Para CC4 H0: $\mu_{CC4u}=\mu_{CC4p}$ Ha: $\mu_{CC4u}\neq\mu_{CC4p}$ | Para CC8 H0: $\mu_{CC8u}=\mu_{CC8p}$ Ha: $\mu_{CC8u}\neq\mu_{CC8p}$ | Para CC12 H0: $\mu_{CC12u}=\mu_{CC12p}$ Ha: $\mu_{CC12u}\neq\mu_{CC12p}$ |

Figura 5: Hipóteses referente as médias na centralidade do cliente

3.3 Definição da População/ Amostra

Nesta seção pretende-se abordar o processo conducente definição da população e á da amostra. O processo envolve duas etapas fundamentais como: a identificação da população e a seleção da amostra dos indivíduos a ser inqueridos.

Fortin (2009,p.213; p202; p373) refere que a “amostra é um subconjunto dos elementos que compõem a população (...) as características da população devem estar presentes na amostra selecionada”, Contudo, acrescenta ainda que a população “ é uma coleção de elementos ou sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”, “conjunto de todos os sujeitos ou elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre a qual assenta a investigação.” Pode ser observado na Figura 6 a forma como se encontra figurada a amostra e a população.

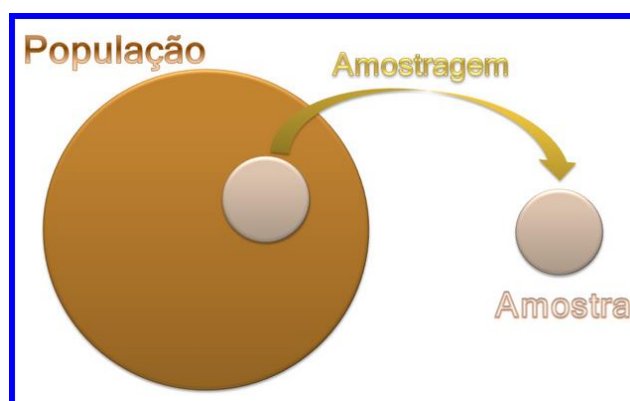


Figura 6: ⁴ Demonstração da amostra numa população

⁴ Fonte de pesquisa:

<http://professorguru.com.br/estatistica/introdu%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20estat%C3%ADstica/o%20que%20%C3%A9%20estat%C3%ADstica.html>

Inicialmente pretendia-se que o estudo abrangesse toda a população coberta pelas instituições saúde da área de abrangência do Centro Hospitalar Cova da Beira (hospital e centros de saúde da Covilhã, Belmonte, Fundão e Penamacor). Porém dadas as dificuldades de deslocação para a realização do inquérito optou-se por realizar o estudo apenas no Hospital Pêro da Covilhã. Assim a população em estudo é o conjunto dos utilizadores da consulta externa desse estabelecimento. A maioria desses utentes pertencem as freguesias do concelho da Covilhã tal como se apresenta na Figura 7. A escolha destes serviços teve a ver com o facto de existir o conhecimento prévio da disponibilidade destes profissionais para o seu preenchimento.



Figura 7:⁵ Caracterização da localidade da Covilhã

De acordo com o relatório de contas anual, o CHCB é uma unidade do SNS sendo uma instituição moderna e inovadora de referência na prestação de cuidado de saúde aos concelhos de **Covilhã**, **Fundão**, **Belmonte** e alguma parte do concelho de **Penamacor**.

Para se ter alguma informação da população em estudo, os utentes que se dirija ao estabelecimento de saúde, apresentam-se os dados relativos ao período entre o ano 2014 a 2016. Mais especificamente apresenta-se o total das consultas efetuadas anualmente pela quantidade, e pelos números de utentes que utilizam o serviço pela primeira vez, e os prestadores de serviços sendo esse numero se encontra na tabela 3 de forma detalhada por cada especialidade que existe na consulta externa.

Tabela 3: Atividade consulta externa CHCB

| Filtro => 18 anos | | 2014 | 2015 | 2016 |
|--------------------------------------|-----------|---------------|---------------|---------------|
| | Feminino | 19 809 | 19 660 | 19 018 |
| | Masculino | 13 369 | 13 524 | 13 561 |
| Total | | 33 178 | 33 184 | 32 579 |
| Nº Médicos | | 143 | 145 | 145 |
| Nº total de Consultas | | 123 696 | 120 332 | 115 038 |
| Média nº Consultas por especialidade | | 3 748 | 3 438 | 3 486 |
| Nº Utilizadores | | 2014 | 2015 | 2016 |
| Total da Consulta Externa | | 37 390 | 39 170 | 39 048 |

Fonte: elaboração própria com base em informação do CHCB

Dado a representação do território abrangente ao CHCB, sendo uma EPE, seleciona-se uma amostra que se pretende de forma representativa da população em si para o estudo, sendo essa amostra composta por utentes que se dirijam ao estabelecimento institucional para a consulta externa, e profissionais de saúde que exercem a sua função no mesmo nessa secção.

A amostra para a realização deste estudo é, pois, composta por sujeitos que se deslocaram aos serviços da Consulta Externa do CHCB, EPE por qualquer motivo de doença e que aceitaram responder ao questionário. A amostra estudada, é uma amostra de conveniência, obedeceu aos critérios de seleção já abordados na Metodologia, e é constituída por 264 utentes daqueles que se dirigiram à Consulta Externa (sendo 185 inquiridos de género feminino e 79 de género masculino) e 40 profissionais de saúde (sendo 23 do género feminino e 17 género masculino) e que foram inquiridos no período de abril a junho de 2017.

Foi constituído um critério para o estudo realizado na qual foram abordados:

Para os utilizadores de saúde:

- Ter mais de 18 anos;
- Saber ler e escrever;
- Motivo da procura do serviço.

Para os profissionais de saúde:

- Ser funcionário da instituição;
- Estar inserido no grupo dos profissionais de saúde;
- Prestar cuidados no serviço em questão

3.4 Definição de Variáveis

“No processo de análise estatística, o investigador depara-se sempre com «algo» que precisa medir, controlar ou manipular durante o processo de investigação. Este «algo» designa-se por «variável». Assim, o objeto de estudo estatístico são as variáveis e a informação que estas podem fornecer. Esta informação é dependente do modo como as variáveis em estudo foram medidas e da qualidade dessa medição, isto é, da proporção do erro experimental de medida e da quantidade de informação que a escala de medida utilizada pode fornecer Maroco, (2014)”.

Segundo **Marconi & Lakatos (2011)** a variável representa valores tais como: quantidade, qualidades, características, traços etc., sendo o conceito um objeto, processo, agente, fenómeno e problema.

A variável é essencial e sustentam as hipóteses de investigação. “**Variável** é um conceito ao qual se pode atribuir uma medida”; “Variáveis são qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação. Uma variável pode tomar diferentes valores para exprimir graus, quantidades, diferenças” (Fortin 2009b).

As variáveis podem ser classificadas de diferentes maneiras, mas no estudo metodológico temos:

- As variáveis dependentes ou variável critica;
- As variáveis independentes ou explicativa;
- As variáveis como atributo;
- As variáveis estranhas

A **variável dependente** “é a que sofre o efeito esperado da variável independente; é o comportamento, a resposta ou resultado observado que é devida à presença da variável independente” (Fortin, 2009; p37). **Variáveis dependentes:** Satisfação e a qualidade perante o serviço prestado aos utentes.

A **Variável independente** “é a que o investigador manipula num estudo experimental para medir o seu efeito na variável dependente (...) é, muitas vezes, chamada tratamento ou intervenção, ou simplesmente variável experimental” (Fortin, 2009; p37). **Variáveis independentes:** a forma como os utentes são tratados como clientes ou utentes.

Variáveis atributos: são características dos sujeitos num estudo, são geralmente as variáveis demográficas (idade, sexo, escolaridade, estado civil etc.) essas variáveis são determinadas em função das necessidades do estudo em análise (Fortin, 2009; p37).

Variáveis estranhas: são variáveis que podem ter efeitos inesperados e modificar os resultados de uma investigação, podem influenciar ora a variável dependente ora a independente (Fortin, 2009; p 37).

3.5 Métodos e Técnicas de Recolha de dados

Na presente investigação, optou-se por inquérito por questionário como instrumento de recolha de dados. Tendo em atenção os objetivos e amostra disponível, este foi considerado o instrumento mais adequado. O questionário administrado encontra-se no anexo II, a recolha de dados depende dos objetivos do estudo e da definição das variáveis. Assim sendo, o questionário é um dos métodos de colheita de dados, mais adequado quando se precisa de respostas a um determinado conjunto de questões por parte dos sujeitos em estudo (Fortin, 2009b).

Fortin, (2009a) define questionário como “um instrumento de colheita de dados que exige do participante respostas escritas a um conjunto de questões”. Este é um dos métodos mais utilizado, principalmente pelo seu caráter prático, rápido preenchimento, pouco dispendioso, assim como flexível no tempo e espaço.

Para proceder à administração dos questionários procedeu-se ao pedido de autorização ao Conselho de Administração do Hospital Pêro da Covilhã, EPE, o qual deu-se o parecer e autorização através da comissão da ética para início do estudo de investigação num período de abril a junho. Os documentos, necessários à administração do mesmo, encontram-se em anexo I.

O questionário é constituído fundamentalmente por questões fechadas em que o utente responde as questões já feita e dando a sua opinião. Para além das questões de caracterização dos respondentes, o questionário aos utentes é constituído, fundamentalmente por duas partes. A primeira parte teve por base na adaptação do “*Client-Centred-Care-Questionnaire*” (CCCQ), e procura apurar a forma como os utentes são tratados na instituição, ou seja, em que medida ele é efetivamente tratado como cliente. A segunda parte é baseado no SERVQUAL e procura medir a satisfação do utente relativamente ao serviço que foi facultado. O questionário aos prestadores apenas procura medir em que medida, na opinião dos prestadores, os utentes são tratados como clientes. Ambos os questionários que se encontram no anexo nº II são similares estando cada um adaptado às especificidades do Serviço de Consulta Externa e aos profissionais de saúde.

Na aplicação do questionário, explicou-se aos utentes a razão de ser o mesmo, pedida a sua colaboração e assegurada a confidencialidade das respostas; atendendo a que se trata de um trabalho de investigação e ao tipo de público a que o questionário se dirige, procurou-se que fosse simples, de modo a poder ser compreendido e não se tornar cansativo, não pondo em causa o rigor do mesmo.

O questionário começa com uma introdução onde se explica que é parte de um trabalho de investigação, é respondido de forma anónima e se garante a confidencialidade de todos os dados facultados e recolhidos. O questionário subdivide-se em diversas partes: a parte inicial é constituído por dados sociodemográficos dos utentes, a segunda parte contem 4 questões que se referem o seguinte:

- ❖ Qual o motivo da sua deslocação ao Serviço de Consultas Externas?
- ❖ Qual foi o tipo de consulta a que recorreu nesse estabelecimento através da consulta externa?
- ❖ Qual foi o tipo de grau de urgência da sua consulta?
- ❖ Quanto tempo esperou até ser atendido?

Na fase seguinte prende-se apurar as opiniões acerca da forma como os utentes são tratados pelos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares, etc.) através de 12 questões destinadas a saber se os existe centralidade no cliente a nível de tratamentos, ou seja se os profissionais de saúde dão ênfase e primazia aos seus utentes quando dirigem ao serviço hospitalar; e por fim, a última parte, onde se pretende apurar o grau de satisfação

relativamente ao serviço prestado aos utentes pela instituição de saúde. Compõem-se de 24 questões diretas podendo dar sua opinião numa escala de 1 a 10 (em que 1 é **absolutamente insatisfeito** e 10 **completamente satisfeito**)

Efetuuou-se na primeira fase uma breve análise a todos os questionários e ao termo de confidencialidade preenchido aos utentes, tendo o intuito de exclusão a todos os que estivessem incompletos, mal preenchido, ser anulado de acordo com o critério de exclusão que se encontra no consentimento livre e informado no anexo I, foi definido pelo departamento de investigação do Hospital Pêro da Covilhã juntamente com o investigador e o orientador do estudo em análise.

Na análise estatística utiliza-se os seguintes valores de significância (p), conforme exposto na tabela 4 de acordo com (Pestana & Gageiro, 2008).

Tabela 4: Valores de Significância

| | |
|-----------------|---|
| $p < 0.05$ * | Diferença estatística significativa |
| $p < 0.01$ ** | Diferença estatística bastante significativa |
| $p < 0.001$ *** | Diferença estatística altamente significativa |
| $p > 0.05$ ns | Não significativa |

A apresentação dos resultados estatísticos será feita através de gráficos e tabelas, tendo em conta o necessário destaque dos resultados de forma simples e compreensível. Estes serão apresentados seguindo a sequência da estrutura linear do questionário na recolha de dados.

4. Apresentação e Análise de Resultados

Esse capítulo tem como objetivo mostrar os resultados obtidos com o tratamento dos dados recolhidos nos questionários aplicados à amostra definida para o estudo. Com a análise descritiva pretende-se apresentar os resultados de forma a analisar as características da amostra em investigação e as diversas variáveis em estudo.

Para recolha dos dados, foi utilizado um questionário. Nas questões usadas para medir as variáveis fundamentais do estudo foi utilizada uma escala “*Likert*”, uma escala ordinal de 10 pontos, de 1 a 10 sendo (1 totalmente em desacordo e 10 totalmente de acordo). Foi solicitado aos respondentes que analisassem as questões e dessem a sua opinião relativamente às várias questões colocadas. Segundo Fortin, (2009a) escala de “*likert*” é constituído por uma série de enunciados que exprimem um ponto de vista sobre um tema.

Para tratamento dos dados e posterior análise dos resultados foi utilizado o programa de tratamento estatístico *Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, versão 24. Entre outros foram calculadas medidas estatísticas de frequência absoluta e relativa, desvio padrão, médias. Foram ainda efetuados vários procedimentos estatísticos como:

- ❖ Teste *t* de *student* - teste paramétrico para comparação entre médias de variáveis distintas;
- ❖ Teste *Kruskal-Wallis* - teste não paramétrico para comparação entre duas ou mais amostras independentes e respetivas distribuições de variáveis definidas;
- ❖ Teste de “*levene*” - teste para verificar a homogeneidade da variância;
- ❖ Estatística de alfa de *cronbach*, - para estimar a confiabilidade do questionário;
- ❖ Análise factorial - para redução de variáveis com os respetivos testes de esfericidade de *Bartlett* e estatística de “*Kaiser-Meyer-Olkin*”.

4.1 Análise descritiva dos utentes

A descrição estatística referente à idade dos utentes que utilizaram os serviços de consulta externa está representada na tabela 5. Os utentes ostentam uma idade mínima de 18 anos e máxima de 91 anos, sendo esses valores correspondente a uma média de 49,67 anos e um desvio padrão de 16,72. Pode ainda constatar-se que a maior afluência à consulta externa se verificou em indivíduos do sexo feminino e com idade compreendida entre os 38 a 66 anos.

Tabela 5: Estatística dos utentes da consulta externa referente a idade

| Estatística descritiva da Amostra | | | | | |
|-----------------------------------|--------|--------|-----------------|-------------|----------------------------|
| N | Mínimo | Máximo | Média (μ) | Erro Padrão | Desvio Padrão (σ) |
| 264 | 18 | 91 | 49,67 | 1,029 | 16,721 |

4.1.1 Caracterização Sociodemográfica

Na tabela 6, apresentam-se os dados referentes às variáveis socio demográficas do estudo, e relativas aos utentes que recorreram à consulta externa: género, estado civil, habilitações literárias e situação profissional.

Tabela 6: Estatística dos utentes das variáveis sociodemográficas

| | Números utentes | % N total da coluna |
|-----------------|-----------------|---------------------|
| Feminino | 185 | 70,1% |
| Masculino | 79 | 29,9% |
| Subtotal | 264 | 100,0% |
| Solteiro | 81 | 30,8% |
| Casado | 141 | 53,6% |
| Viúvo | 15 | 5,7% |
| Divorciado | 26 | 9,9% |
| Subtotal | 263 | 100,0% |
| Ens. Primário | 43 | 16,3% |
| Ens. Básico | 30 | 11,4% |
| Ens. Secundário | 126 | 47,7% |
| Ens. Superior | 56 | 21,2% |
| S/ Habil | 9 | 3,4% |
| Subtotal | 264 | 100,0% |
| Desempregado | 42 | 15,9% |
| Reformado | 77 | 29,2% |
| Estudante | 17 | 6,4% |
| Empregado | 128 | 48,5% |
| Subtotal | 264 | 100,0% |

1. Género

A consulta da tabela 6 permite constatar que grande maioria dos utentes que recorrem à consulta externa são mulheres. De facto, dos 264 inquiridos, 185 utentes de sexo feminino, que corresponde cerca de 70.1%. Já os utentes de sexo masculino foram apenas 79 e que corresponde a 29,9 % da amostra.

2. Estado civil

No que diz respeito ao estado civil dos utentes, pode constatar-se que a maioria são casados. Na verdade, dos 263 que deram indicação do seu estado civil, mais de metade, 141, ou seja 53,4%, são casados. Em segundo lugar estão os solteiros, 81, correspondente a 30, 7 %. Os viúvos e divorciados estão representados em muito menor número, 5,7% e 9,9% respetivamente.

3. Habilitações literárias

Já relativamente às habilitações literárias dos indivíduos da amostra, podemos concluir que a maioria 47,7 % tem o ensino secundário. Os utentes com o ensino superior também são significativos pois representam 21,2% dos utentes. O ensino básico representa 27,7% da amostra, embora destes a maioria tenha apenas o primeiro ciclo (primária), 16,3%. Observaram-se ainda alguns utentes, embora uma minoria, 3,4%, que não têm qualquer habilitação. Fazendo uma resenha desse tópico conclui-se que dos utentes questionados cerca de 182 (cerca de 69%) já se concluíram o ensino secundário.

4. Situação Profissional

Observa-se através dos dados estatísticos expostos na tabela 6, que os utentes que dirigem ao serviço de consulta externa são, maioritariamente, empregados - 48,5%. Os reformados estão

em segundo lugar, representando 29,2% da amostra. O número de desempregados é menor, mas algo significativo, cerca de 16% e os estudantes representam apenas 6,4% da amostra.

Em resumo pode afirmar-se que os utentes que responderam ao questionário são maioritariamente mulheres casadas, com o ensino secundário e empregadas.

4.1.2 Caracterização da consulta

Em seguida apresenta-se, na tabela 7, de forma sumária, as variáveis descritas das razões que motivaram a ida à consulta externa, do grau de urgência dessa consulta realizada e do tempo de espera despendido para obter a consulta.

Tabela 7: Estatística das variáveis consulta externa

| | Feminino | | Masculino | | Total | |
|---------------------|------------|---------------|-----------|---------------|------------|----------------|
| | N | % de N | N | % de N | N | % de N |
| Cons. Especialidade | 164 | 88,6% | 61 | 77,2% | 225 | 85,2% |
| Tratamento | 5 | 2,7% | 10 | 12,7% | 15 | 5,7% |
| Exame | 11 | 5,9% | 5 | 6,3% | 16 | 6,1% |
| Outro | 5 | 2,7% | 3 | 3,8% | 8 | 3,0% |
| Subtotal | 185 | 100,0% | 79 | 100,0% | 264 | 100,0% |
| Muito urgente | 6 | 3,2% | 6 | 7,6% | 12 | 4,55% |
| Emergente | 6 | 3,2% | 4 | 5,1% | 10 | 3,79% |
| Urgente | 67 | 36,2% | 17 | 21,5% | 84 | 31,82% |
| Pouco urgente | 57 | 30,8% | 29 | 36,7% | 86 | 32,58% |
| Não urgente | 37 | 20,0% | 14 | 17,7% | 51 | 19,32% |
| Não sabe | 12 | 6,5% | 9 | 11,4% | 21 | 7,95% |
| Subtotal | 185 | 100,0% | 79 | 100,0% | 264 | 100,00% |
| 0 | 2 | 1,1% | 0 | 0,0% | 2 | 0,76% |
| Até 10 min | 7 | 3,8% | 3 | 3,8% | 10 | 3,79% |
| Até 30 min | 57 | 30,8% | 24 | 30,4% | 81 | 30,68% |
| Até 60 min | 55 | 29,7% | 24 | 30,4% | 79 | 29,92% |
| Até 90 min | 20 | 10,8% | 14 | 17,7% | 34 | 12,88% |
| Até 2 h | 14 | 7,6% | 2 | 2,5% | 16 | 6,06% |
| Até 4 h | 5 | 2,7% | 1 | 1,3% | 6 | 2,27% |
| Mais de 4 h | 2 | 1,1% | 2 | 2,5% | 4 | 1,52% |
| Não sabe | 23 | 12,4% | 9 | 11,4% | 32 | 12,12% |
| Subtotal | 185 | 100,0% | 79 | 100,0% | 264 | 100,00% |

1. Motivo a ida a consulta externa ao CHCB

De acordo com a estrutura do questionário pretende-se saber qual o motivo pelo qual os utentes recorrem ao estabelecimento de saúde. Do total inquerido, a grande maioria, 225 utentes, com uma percentagem de 85,2 % foram a consulta de especialidade, (164 são individuo de sexo feminino que perfaz um valor de 88.6%, e 61 utentes de sexo masculino com 77,2% - o que significa que a frequência da consulta de especialidade é maior entre as mulheres que entre os homens). Para efetuar exames foram 16 utentes, 6,1% do total (em que 11 sexo feminino com 5.9% e 5 masculino com 6,3% sob valor subtotal da especialidade), não se verificando discrepâncias entre homens e mulheres. Recorreram a tratamento 15 utentes (5,7%), sendo que a maioria eram homens (com uma percentagem de 12,7), muito superior às mulheres em que apenas 2,7% delas visitaram a unidade de saúde para tratamentos.

2. Grau de urgência pela consulta

A maioria das situações não eram de elevada urgência. De facto, se se somarem as situações de “pouco urgente” e “não urgente” elas representam cerca de 52% das situações. Esta percentagem não é igual para homens e mulheres. De facto, estas situações representam 50,8% dos casos entre as mulheres, mas 54,4% dos casos entre os homens. As situações de facto urgentes (muito urgente + emergente + urgente) representam cerca 40% dos casos. Como seria de esperar a distribuição entre homens e mulheres é diferente e inversa à que se verificou no caso das situações pouco ou não urgentes, mais elevada nas mulheres que nos homens. De notar que para situações de visita a consulta externa, no número de situações consideradas pelos utentes como urgentes, aparenta ser algo elevada. Algo estranho é o facto de 8% dos respondentes afirmarem desconhecer o grau de urgência da visita.

3. Tempo de espera da consulta

Quanto ao tempo de espera que os inqueridos levam para ser atendidos na consulta, pode-se verificar na tabela 7, que apenas 4,5% esperam menos de 10 minutos. Cerca de 35% dos utentes esperam menos de meia hora para serem atendidos. Cerca de 30% dos utentes tem de esperar entre 30 e 60 minutos e quase 13% dos inquiridos tiveram tempos de espera de 90 minutos. Tempos de espera superiores (duas horas, quatro horas e mais de quatro horas) verificam-se com menor frequência, mas ainda assim algo preocupante.

4.1.3 Tipo de consulta

De entre todas as consultas efetuadas durante o período de aplicação do questionário no CHCB a especialidade de “cirurgia geral” foi a que teve maior aderência dos utentes com valor percentual de 24,2. A resposta “outro” foi a escolhida por 20,1%, dos utentes para tipo de consulta a que recorreu. Esta foi a opção escolhida quando os inquiridos não sabiam o nome concreto da consulta. Pode observar na figura 8 que a opção “cardiologia” e “pneumonia” tem menor procura e aderência pelos utentes, obtendo percentagens bastante baixas com valores de 1,9% para os 2 casos. As outras especialidades têm uma preferência intermédia realçando-se, por ordem decrescente: Oftalmologia, Medicina e Dermatologia.

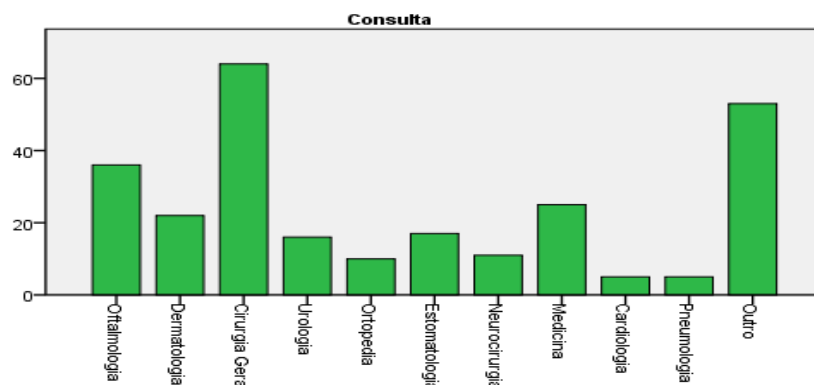


Figura 8: Estatística dos utentes à consulta externa

4.2 Análise descritiva dos profissionais de saúde

O CHCB tem um leque diversificado de profissionais de saúde que se diferenciam de acordo com as especialidades que os mesmos se desempenham as suas funções no estabelecimento de saúde. Estes profissionais relacionam-se com os utentes em vários postos aos serviços. Foram, porém, inquiridos apenas aqueles que desempenhavam funções nos serviços utilizados pelos utentes inquiridos neste estudo. Responderam ao questionário 40 profissionais tal como descrito nas tabelas 8 e 9 e na figura 9 (17 são do sexo masculino com 42,5% e 23 do feminino com 57,5% sobre o valor total dos inquiridos). Estes respondentes têm idade compreendida entre os 28 a 69 anos, sendo 6 enfermeiros com 15%, 24 médicos com 60% e 10 auxiliares de saúde com 25%. (Figura 9). Todos estes respondentes prestam serviço na consulta externa.

Tabela 8: Estatística descritiva da amostra dos profissionais de saúde

| Estatística descritiva da Amostra (Profissionais) | | | | | |
|---|--------|--------|-------|-------------|---------------|
| N | Mínimo | Máximo | Média | Erro Padrão | Desvio Padrão |
| 40 | 28 | 69 | 44,38 | 1,88 | 11,89 |

Tabela 9: Estatística aos profissionais de saúde

| | Profissionais de saúde | % de N da coluna |
|----------------|------------------------|------------------|
| Masculino | 17 | 42,5% |
| Feminino | 23 | 57,5% |
| Subtotal | 40 | 100,0% |
| Enfermeiro | 6 | 15,0% |
| Médico | 24 | 60,0% |
| Auxiliar | 10 | 25,0% |
| Subtotal | 40 | 100,0% |
| Oftalmologia | 1 | 2,5% |
| Dermatologia | 1 | 2,5% |
| Cirurgia Geral | 3 | 7,5% |
| Urologia | 1 | 2,5% |
| Ortopedia | 3 | 7,5% |
| Estomatologia | 2 | 5,0% |
| Medicina | 8 | 20,0% |
| Outro | 21 | 52,5% |
| Subtotal | 40 | 100,0% |

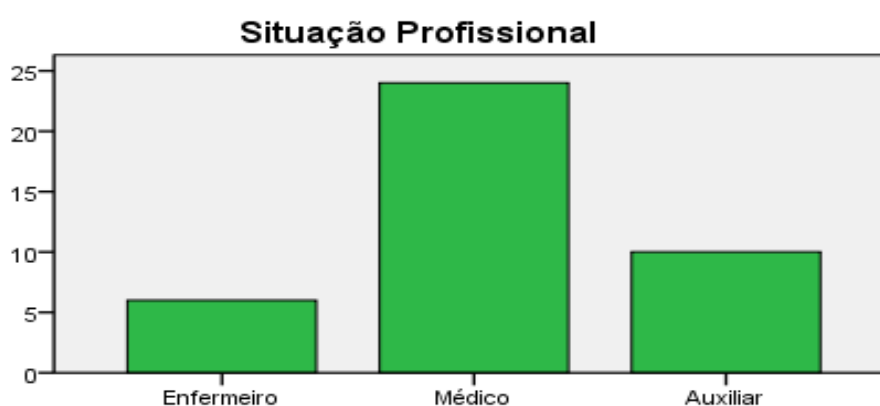


Figura 9: Estatística situação profissional dos profissionais saúde

Os dados relativos às especialidades onde prestam serviço na consulta externa, à data de aplicação dos questionários, encontram-se expostos na tabela 9 e representados na Figura 10.

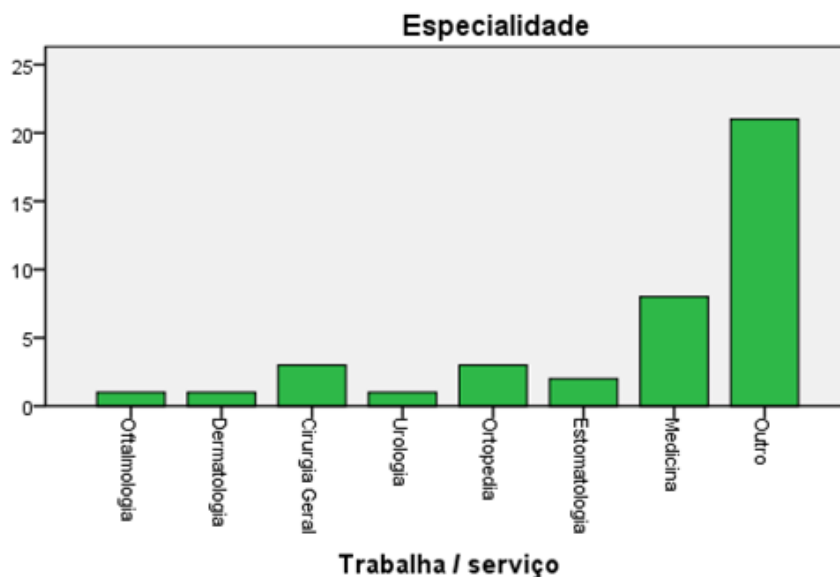


Figura 10: Estatística das especialidades dos profissionais saúde

Tal como se pode observar nas figuras 10 e 11, os profissionais de saúde a que contam maior frequência são os médicos. Estes distribuem-se por diversas especialidades no exercício da sua atividade. As especialidades com maior frequência são Medicina, Ortopedia e Cirurgia Geral. Não foi possível apurar a razão para o elevado número de resposta - “Outro”. Poderá ser devido ao facto de as especialidades não terem sido contempladas no questionário ou porque alguns profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros exercem atividade em consultas de diferentes especialidades.

4.3 Centralidade do cliente

Tal como já apresentado anteriormente, foi utilizado um questionário para procurar saber, em que medida, os utentes do serviço de saúde são tratados como clientes, no sentido em que este conceito é usado na Gestão da Qualidade. Para medir esse constructo, a designamos “centralidade do cliente” foram utilizados 12 indicadores. Esses indicadores, são as variáveis CC1 a CC12. Estes indicadores foram construídos com base na adaptação de um questionário desenvolvido para situações e realidades diferentes, era por isso importante apurar a confiabilidade deste instrumento. O valor de Alfa de Cronbach de 0,946 é suficientemente elevado para nos sentirmos confiantes com os resultados obtidos. É, portanto, aceitável prosseguir com a análise que nos propomos.

Os resultados relativos aos utilizadores estão sumariados na tabela 10. Assim obtiveram-se os resultados relativos aos 12 diferentes itens usados nessa medida. Em termos de médias os valores são superiores a 5, mas não se pode dizer que são muito elevados. De facto, apesar de

em todos os itens as respostas variam de 1 a 10, as médias variam entre 6,56 e 7,93. Com base nestes dados é possível constatar que, genericamente, os utilizadores entendem que, em boa medida, a sua pessoa e as suas preocupações estão no centro das atenções e preocupações dos prestadores.

Tabela 10: Estatística descritiva das médias sobre a centralidade no cliente

| Estatísticas Descritivas | | | | | |
|--------------------------|-----|--------|--------|-------|---------------|
| | N | Mínimo | Máximo | Média | Desvio Padrão |
| CC1 | 263 | 1 | 10 | 7,09 | 2,046 |
| CC2 | 263 | 1 | 10 | 7,41 | 1,994 |
| CC3 | 264 | 1 | 10 | 7,42 | 1,977 |
| CC4 | 264 | 1 | 10 | 7,46 | 2,107 |
| CC5 | 264 | 1 | 10 | 7,09 | 2,008 |
| CC6 | 264 | 1 | 10 | 7,93 | 1,919 |
| CC7 | 263 | 1 | 10 | 6,56 | 2,255 |
| CC8 | 263 | 1 | 10 | 6,83 | 2,111 |
| CC9 | 263 | 1 | 10 | 6,97 | 2,080 |
| CC10 | 263 | 1 | 10 | 6,87 | 2,151 |
| CC11 | 264 | 1 | 10 | 7,18 | 2,145 |
| CC12 | 264 | 1 | 10 | 7,02 | 2,251 |

Face a estes resultados é possível afirmar que, na perspetiva dos utentes, estes são tratados como clientes. Isto dá resposta, pelo menos parcial à primeira questão de investigação: os utentes são tratados como clientes pela instituição de saúde em estudo.

4.3.1 Análise dos fatores para centralidade do cliente

No sentido de dar resposta mais aprofundada à primeira questão de investigação, e com o objetivo de apurar se existem fatores que podem interferir na perceção dos utentes relativamente à forma como são tratados, foram formuladas quatro hipóteses de investigação, H1, H2, H3, e H4, que colocam a questão de saber se existem diferenças na “centralidade de cliente” associadas respetivamente a género, estado civil, nível de formação e situação profissional.

Para tal foram utilizados diversos testes estatísticos. Para o caso do género utilizou-se o teste de T para amostras independentes. No caso das três outras variáveis, (variáveis qualitativas com mais de dois níveis) porque não se verificaram os pressupostos de utilização da ANOVA, recorreu-se ao teste não paramétrico de Kruskal Wallis.

Os valores das médias das diferentes variáveis CC, para os diferentes níveis dos fatores género, estado civil, nível de formação e situação profissional encontram-se no anexo III. Apresentam-se igualmente no anexo III os outputs dos resultados dos testes acima referidos. O resultado sumário apresenta-se na tabela 11.

Tabela 11: Centralidade de Cliente - Resultados dos testes de hipótese

| Var | H1 - Género | H2 - Est. Civil | H3 - Formação | H4 - Sit Profissional |
|------|-------------|-----------------|---------------|-----------------------|
| CC1 | NS | NS | NS | NS |
| CC2 | NS | NS | NS | NS |
| CC3 | NS | NS | NS | NS |
| CC4 | NS | NS | NS | NS |
| CC5 | Sig. | NS | NS | NS |
| CC6 | NS | NS | NS | NS |
| CC7 | NS | NS | NS | NS |
| CC8 | NS | NS | NS | NS |
| CC9 | NS | NS | NS | NS |
| CC10 | NS | NS | NS | NS |
| CC11 | NS | NS | NS | NS |
| CC12 | NS | NS | NS | NS |

NS.: Não significativa

Sig. Significante a um nível de significância de 5%

Como facilmente se constata apenas se verificam diferenças significativas, de género, para a variável CC5. No que diz respeito aos restantes fatores não se verificam diferenças significativas entre os níveis dos fatores, para qualquer uma das variáveis que se utilizaram para medir a centralidade do cliente. Em resumo pode afirmar-se que os dados recolhidos não permitem rejeitar as hipóteses formuladas. Os fatores considerados não são, portanto, significantes.

4.3.2 Centralidade do Cliente - Utentes e Prestadores

É de suspeitar que a perceção, relativamente à forma como os utentes/pacientes são encarados e tratados pelos profissionais de saúde, possa ser diferente consoante se pergunta a um utente ou ao prestador. Para se poder responder a esta questão elaboraram-se questões paralelas, relativas às 12 dimensões da centralidade do cliente, para serem respondidas pelos prestadores. As estatísticas relativas às respostas de uns e de outros encontram-se na tabela 12.

É fácil constatar que, na generalidade dos casos a média das respostas dos prestadores é superior à média das respostas dos utentes. Este era um resultado que, de certa forma já era esperado. Não esperado é o facto de, em algumas variáveis, a média da resposta dos prestadores ser inferior à dos utentes. Esta constatação é bem visível no gráfico que se apresenta na figura 11.

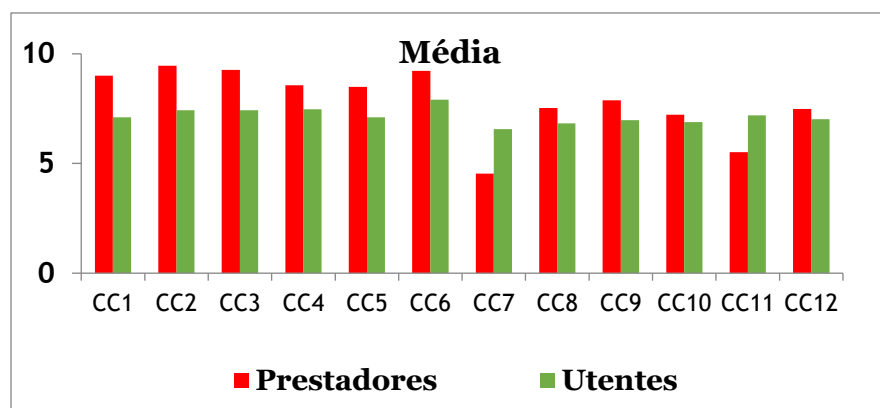


Figura 11: Médias da Centralidade de Cliente para Utentes e Prestadores

Tabela 12: Centralidade do cliente - Utentes vs. Prestadores

| Estatísticas de grupo | | | | | |
|-----------------------|-----------|-----|-------|---------------|-------|
| | | N | Média | Desvio Padrão | Sig. |
| CC1 | Prestador | 41 | 9,00 | 0,837 | 0,000 |
| | Utente | 264 | 7,09 | 2,046 | |
| CC2 | Prestador | 41 | 9,46 | 0,674 | 0,000 |
| | Utente | 264 | 7,42 | 1,993 | |
| CC3 | Prestador | 41 | 9,27 | 0,742 | 0,000 |
| | Utente | 265 | 7,42 | 1,976 | |
| CC4 | Prestador | 41 | 8,56 | 1,397 | 0,000 |
| | Utente | 265 | 7,47 | 2,105 | |
| CC5 | Prestador | 41 | 8,49 | 1,645 | 0,000 |
| | Utente | 265 | 7,10 | 2,008 | |
| CC6 | Prestador | 41 | 9,22 | 1,294 | 0,000 |
| | Utente | 265 | 7,94 | 1,920 | |
| CC7 | Prestador | 41 | 4,54 | 2,916 | 0,000 |
| | Utente | 264 | 6,57 | 2,256 | |
| CC8 | Prestador | 41 | 7,54 | 1,989 | 0,042 |
| | Utente | 264 | 6,84 | 2,116 | |
| CC9 | Prestador | 41 | 7,88 | 2,182 | 0,011 |
| | Utente | 264 | 6,98 | 2,080 | |
| CC10 | Prestador | 41 | 7,22 | 2,403 | 0,349 |
| | Utente | 264 | 6,88 | 2,151 | |
| CC11 | Prestador | 41 | 5,51 | 3,001 | 0,001 |
| | Utente | 265 | 7,18 | 2,144 | |
| CC12 | Prestador | 41 | 7,49 | 2,666 | 0,227 |
| | Utente | 265 | 7,02 | 2,247 | |

Importa, contudo, saber em que medida estas aparentes diferenças são estatisticamente significantes. Para tal recorreu-se ao teste de T para amostras independentes. Os resultados desse teste para as diferentes variáveis CC1 a CC2 encontra-se no anexo III. O valor da significância do teste depende de se considerar que existe, ou não, homogeneidade das variâncias. Para se verificar essa homogeneidade, o procedimento SPSS incorpora o teste de *Levene*. Acontece que, para um nível de significância de 5% é indiferente assumir-se, ou não, igualdade das variâncias. Assim, de forma mais simplificada, apresenta-se na última coluna da tabela 12 o valor da significância do teste para cada uma das variáveis.

Verifica-se assim que, a um nível de significância de 5%, rejeita-se a hipótese de igualdade das médias para todas as variáveis, com a exceção de CC10 e CC12. Assim rejeitam-se as sub-hipóteses 9 para as variáveis CC1 a CC9 e para a variável CC11. Na prática pode afirmar-se que, na maioria das circunstâncias, relativamente à forma como os utentes são tratados, os prestadores têm uma perspetiva mais positiva do que aquilo que é apercebido pelos utentes.

Há, contudo, duas situações, referentes às variáveis, CC7 e CC11 em que se passa o contrário como se pode confirmar pela tabela 12 e pela figura 11. E a diferença de perceção é estatisticamente significativa. Está fora do âmbito deste estudo apurar as razões para o que possa justificar tal situação que tem que ver com prestar e pedir informação.

Com estes dados é possível dar resposta à segunda questão de investigação. É seguro afirmar que, genericamente, utentes e prestadores não têm a mesma perceção da forma como os primeiros são tratados nos serviços de saúde.

4.4 Satisfação dos utentes

4.4.1 Satisfação dos utentes pelo serviço prestado

Para apurar a satisfação dos utentes, o questionário aplicado aos utentes incluí 24 questões referentes a satisfação relativamente aos serviços prestados pelos profissionais de saúde. A observação do gráfico da figura 12 permite concluir que, para a generalidade das questões colocadas, os utentes encontram-se razoavelmente satisfeitos com o serviço. De facto, numa escala de 1 a 10 (em que 1 é **absolutamente insatisfeito** e 10 **completamente satisfeito**), constata-se que, para a maioria das questões, a média da resposta é superior a 7. Apenas duas questões têm uma média inferior a 7: 6,9 e 6,7 para S16 e S17 respetivamente.

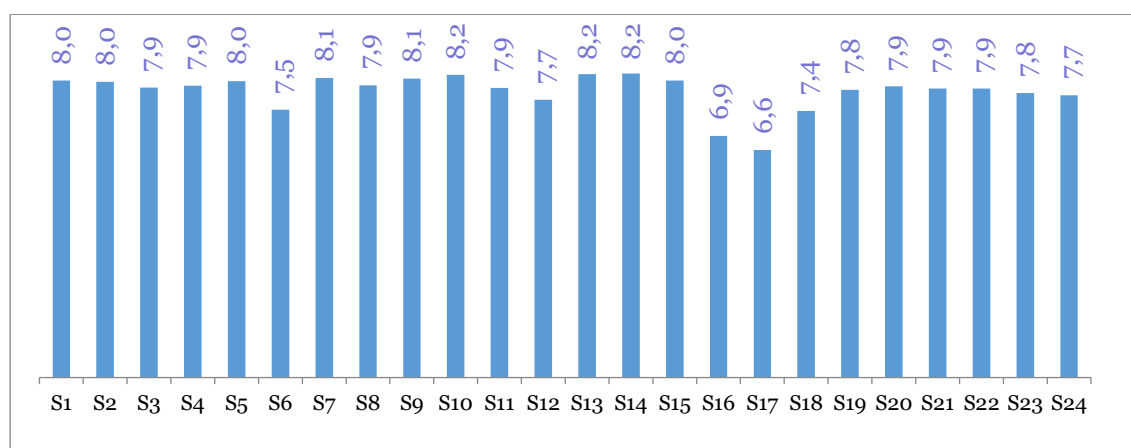


Figura 12: Satisfação dos utentes pelo serviço prestado

É, assim, possível responder à terceira questão de investigação. É razoável assumir que os utentes estão satisfeitos com o serviço que lhe é prestado pelos serviços e pelos profissionais de saúde.

4.4.2 Análise dos fatores para satisfação dos utentes

Importa, contudo, aprofundar um pouco a nossa análise e procurar apurar se há diferenças na satisfação dos utentes que possam estar associadas a outros fatores. Assim foram formuladas as hipóteses de investigação H5, H6, H7 e H8 que colocam a questão de saber se existem diferenças na “satisfação” associadas respetivamente a género, estado civil, nível de formação e situação profissional.

Dado que as questões colocadas no questionário resultam de uma adaptação do SERVQUAL (Parasuraman, 1988) elas dão resposta às cinco dimensões consideradas: Confiança, Empatia, Garantia, Resposta e Tangibilidade (C E G R T). A identificação das questões associadas a cada uma das cinco dimensões encontra-se apresentada numa tabela no anexo VII.

O valor de cada dimensão para cada respondente foi obtido calculando a média, por respondente, das respostas às questões que integram essa dimensão. Apesar de, como foi afirmado, o questionário ter sido desenvolvido com base no SERVQUAL, entendeu-se que era importante verificar a confiabilidade da medida das dimensões consideradas. Os resultados dessa análise estão apresentados na tabela 13. Os valores de Alfa de Cronbach apurados são relativamente elevados o que permite concluir que é seguro continuar com a análise estatística utilizando as dimensões propostas.

Tabela 13: Estatística de confiabilidade

| Estatísticas de Confiabilidade | | |
|--------------------------------|-------------|------------------|
| Dimensão | Nº de Itens | Alfa de Cronbach |
| E | 5 | 0,928 |
| C | 5 | 0,870 |
| R | 5 | 0,915 |
| G | 4 | 0,915 |
| T | 5 | 0,909 |

Para testar as hipóteses atrás referidas foram utilizados diversos testes estatísticos. Para o caso do género utilizou-se o teste de T para amostras independentes. No caso das três outras variáveis, (variáveis qualitativas com mais de dois níveis) porque se não verificaram os pressupostos de utilização da ANOVA, recorreu-se ao teste não paramétrico de Kruskal Wallis.

Os valores das médias das diferentes variáveis E, C, R, T e G para os diferentes níveis dos fatores género, estado civil, nível de formação e situação profissional encontram-se no anexo V. Apresentam-se igualmente em anexo os outputs dos resultados dos testes acima referidos. O resultado sumário apresenta-se na tabela 14.

Tabela 14: Satisfação - Resultados dos testes de hipótese

| Var | H5 - Género | H6 - Est. Civil | H7 - Formação | H8 - Sit Profissional |
|-----|-------------|-----------------|---------------|-----------------------|
| E | Sig. | NS | NS | NS |
| C | NS | Sig. | NS | NS |
| R | NS | NS | NS | NS |
| T | NS | NS | NS | NS |
| G | Sig. | NS | NS | NS |

Com base nestes resultados podemos afirmar que rejeita a hipótese 5, relativamente às dimensões Empatia e Garantia. Ou seja, existem diferenças significativas nas médias das duas dimensões para homens e para mulheres. Já no que diz respeito aos restantes fatores é seguro afirmar que não existem diferenças que lhes possam ser atribuídos. De facto, apenas para a dimensão “Confiança” o fator estado civil é significativo.

Em resumo pode afirmar-se que, com a exceção do Género, nenhum dos fatores considerados parece fazer a diferença na perceção da satisfação dos utentes relativamente ao serviço prestado. De facto, não se rejeita nenhuma das hipóteses H7 e H8 de igualdade das médias, no que diz respeito a H6 apenas se rejeita a igualdade das médias da componente Confiança e relativamente a H5 apenas se rejeita a hipótese para a Empatia e garantia.

4.5 Relação entre a Centralidade e Satisfação

Tal como foi referido anteriormente parece importante procurar esclarecer se a satisfação dos utentes está ou não relacionada com a forma como estes são tratados nos serviços de saúde quando têm necessidade de a eles recorrerem. Para dar resposta à quarta questão de investigação foi formulada a Hipótese 10: não existe relação entre centralidade de cliente e satisfação.

Para testar esta hipótese optou-se por recorrer a análise da Regressão. Porém, atendendo a que, para medir a centralidade de cliente se utilizaram 12 indicadores era importante procurar reduzir esse número de variáveis. Para tal recorreu à técnica de redução de variáveis “análise de fatores”.

Os outputs fundamentais dessa análise encontram-se no anexo VI. Com base quer nos valores da matriz de correlações, que na estatística de Kaiser-Meyer-Olkin, (0,928) a utilização desta análise parece adequada. Por outro lado, rejeita-se o teste de esfericidade de Bartlett o que confirma a adequação da “análise de fatores”. Esses valores são os que constam na tabela 15.

Tabela 15: Teste de KMO e Bartlett

| | | |
|---|---------------------|----------|
| Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem. | | 0,928 |
| Teste de esfericidade de Bartlett | Aprox. Qui-quadrado | 2743,231 |
| | gl | 66 |
| | Sig. | 0,000 |

Com base no critério de “autovalor superior a 1” retém-se apenas um fator que representa 64% da variação. Optou-se assim por utilizar este fator como medida da “centralidade de cliente”. Esta nova variável “centralidade” irá ser utilizada como variável independente nas diferentes regressões que permitiram dar resposta à questão formulada.

Os outputs fundamentais das regressões efetuadas encontram-se no Anexo VIII, No entanto a informação fundamental à análise que aqui importa está representada na tabela 16.

Tabela 16: Relação entre a centralidade e variável dependente

| Modelo | R quadrado | F | Sig |
|---------------|------------|---------|------|
| Empatia | 0,634 | 534,771 | ,000 |
| Confiança | 0,624 | 467,694 | ,000 |
| Resposta | 0,653 | 487,039 | ,000 |
| Garantia | 0,604 | 394,412 | ,000 |
| Tangibilidade | 0,569 | 341,639 | ,000 |

O valor de R quadrado ronda os 60% para qualquer das regressões. Este é um valor aceitável para a regressão, pois nos diz que para qualquer das dimensões da satisfação consideradas, a sua variação é “explicada”, em cerca de 60%, pela variável centralidade. Mais importante que olhar ao valor de R quadrado importa atender à significância.

Com base nos valores apresentados na tabela 16, é seguro afirmar que, a um nível de significância de 5%, todas as sub-hipóteses da hipótese 10 se rejeitam. Ou seja, os dados

disponíveis permitem concluir que existe, de facto, uma relação entre a centralidade e satisfação.

5. Conclusão

Em qualquer instituição de saúde, que aposte na qualidade, o objetivo principal é a preocupação com a satisfação dos utentes. Para tal é fundamental que o utente/paciente seja encarado como cliente, na perspetiva com que tal conceito é encarado na Gestão da qualidade.

De modo geral, e com base nas respostas apresentadas, o estudo mostra que os utentes entendem que efetivamente são tratados como clientes. É também claro que os profissionais consideram que tratam os utilizadores colocando-os como o elemento central da sua preocupação.

Assim, quanto a ponto essencial desta investigação os utentes podemos afirmar que se verifica efetivamente a centralidade do cliente na relação dos prestadores de serviços de saúde com os utentes. Por outro lado, é também possível afirmar que, e em consequência, os utentes se sentem satisfeitos com o serviço prestado.

5.1 Discussão de resultados

Os utentes que foram inqueridos têm idade média de cerca de 50 anos, variando entre os 18 e os 91 anos, sendo fundamentalmente do sexo feminino, maioritariamente casados, empregados e com formação literária igual ou superior ao ensino secundário. Relativamente a consulta efetuada ela foi, fundamentalmente urgente e procuram consulta de especialidade. Quanto aos prestadores eles têm uma idade média de 44,4 anos, maioritariamente médicos e do sexo feminino.

Dando cumprimento ao objetivo fundamental deste estudo, e dando resposta à primeira questão de investigação, pode concluir-se que, com base nos dados disponíveis, os utentes/doentes são efetivamente tratados como clientes. De facto, olhando para as médias das respostas dadas quer por utentes quer por prestadores, aos indicadores de medida da centralidade de cliente, elas encontram-se bem acima do ponto médio d escala utilizada.

No que diz respeito aos utentes, esta perceção de serem tratados como clientes não é afetada por fatores sociodemográficos. De facto, não se verificaram diferenças significativas que fossem devidas quer a género, estado civil, situação profissional ou nível de formação.

Tal como se suspeitava, e dando resposta à segunda questão de investigação, comprovou-se que utentes e prestadores não têm igual perceção do nível da centralidade de cliente. Isto é, ao questionar-se utentes e prestadores relativamente à forma como os primeiros são tratados pelos segundos, estes, os prestadores têm, na generalidade das situações, uma opinião mais positiva. De facto, para a maioria das variáveis as diferenças nas médias são significativas.

Há, porém, dois casos (duas variáveis) em que se passa o contrário. Valerá a pena em estudos futuros procurar aprofundar as razões para tal facto que vai contra aquilo que era esperado.

No que diz respeito à satisfação dos utentes, e dando resposta à terceira questão de investigação os resultados permitem concluir que, genericamente, os utentes / pacientes se encontram satisfeitos com o serviço prestado do serviço de saúde em estudo, o Hospital Pero da Covilhã. De facto, as médias das respostas dadas nos indicadores utilizados para medir a satisfação, as médias das respostas encontram bem acima do ponto médio da escala utilizada.

Também aqui, tal como se havia verificado no caso da centralidade de cliente, esta percepção da satisfação do utente não parece ser afetada por fatores sociodemográficos. De facto, para a generalidade das dimensões da satisfação utilizados as médias não significativamente diferentes para diferentes níveis de género, estado civil, situação profissional ou nível educacional.

Finalmente, e procurando dar resposta à última questão de investigação, a análise da regressão permitiu concluir que existe, de facto, relação entre a centralidade de cliente e a satisfação do utente. Ou seja, a forma como o utente é tratado pelo serviço de saúde, e o facto de ser tratado como cliente, tem influência positiva na satisfação percebida.

5.2 Limitações

Todo o estudo de investigação tem as suas limitações. Um estudo desenvolvido no âmbito de uma dissertação de mestrado tem necessariamente ainda mais. O tempo é limitado e os recursos são muito escassos.

Assim, ao contrario do que se pretendia não foi possível inquirir unidades de saúde de diferentes características e cobrindo um maior âmbito geográfico. Entre a solução ótima e uma solução viável optou-se por inquirir utentes da maior unidade de saúde da região. A opção tem as suas limitações, mas pode, ainda assim, ser considerada uma boa solução. A questão que se levanta tem fundamentalmente que ver com a extrapolação dos resultados da investigação para outras realidades.

Uma segunda limitação tem que ver com o questionário utilizado. O CCCQ foi desenvolvido para realidades diferentes. Embora o nível de confiabilidade apurada seja elevada, não foi possível proceder a todos os passos que permitissem validar o questionário utilizado.

5.3 Perspetivas futuras

Em termos de perspectivas de trabalho a desenvolver futuramente apontam-se aqui fundamentalmente duas. Uma tem que ver com a abrangência do estudo. Seria interessante

poder desenvolver este estudo em unidades de saúde com características diferentes, com dimensão diferente, públicas e privadas e com âmbito territorial também diferente.

Uma segunda proposta de trabalho tem que ver com o instrumento de medida utilizado e com os métodos estatísticos aplicados. Seria interessante melhorar e validar o questionário. Por outro lado, a utilização de outras abordagens estatísticas como o modelo de equações estruturais permitiria aprofundar o estudo das relações entre a centralidade de cliente e a satisfação ou outras medidas de qualidade do serviço.

Bibliografia

- Anderson, C., & Zeithaml, C. (1984). Stage of the Product life Cycle, Business Strategy, and Business Performance. *Academy of Management Journal*, 27(1), 5-24. <https://doi.org/10.2307/255954>
- Anderson, E. (1998). Customer Satisfaction and Word of Mouth. *Journal of Service Research*, 1(1), 5-7. <https://doi.org/http://sci-hub.io/10.1177/109467059800100102>
- Anderson, E. W., Fornell, C., & Donald R. Lehmann; (1994). Customer Satisfaction, Market Share, and Profitability: Findings From Sweden. *Journal of Marketing*, 58, 53-66.
- Anderson, R. E. (1973). Consumer Dissatisfaction: The Effect of Disconfirmed Expectancy on Perceived Product Performance. *Journal of Marketing Research*, 10(February), 38-44. <https://doi.org/10.2307/3149407>
- Andrade, A., Evaristo, C., Nolasco, I., Orvalho, J., Zilhão, M. J., Ôchoa, P., & Neto, S. (2004). Programa Qualidade do Ministério da Segurança Social e do Trabalho: um Modelo Integrado de Aplicação da CAF. In *Secretaria-Geral do Ministério da Segurança Social e do Trabalho* (1ª, p. 189). Retrieved from <http://www.vpgr.azores.gov.pt/FerramentasGestao/CAF/PqmsstLivroCompleto.pdf>
- Blumenthal, D. (1996). Quality of Care: What Is It? *The New England Journal of Medicine*, 335(12), 891-894. <https://doi.org/http://sci-hub.io/10.1056/NEJM199609193351213>
- Bosman, R., Bours, G. J. J. W., Engels, J., & de Witte, L. P. (2008). Client-centred care perceived by clients of two Dutch homecare agencies: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(4), 518-525. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.12.002>
- Brook, R. H., McGlynn, E. A., & Cleary, P. D. (1996). Measuring Quality of Care. *New England Journal of Medicine*, 335(13), 966-970. <https://doi.org/10.1056/NEJM199609263351311>
- Campos, Luis; Saturno, Pedro e Carneiro, António V. (2010). *PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011-2016: A QUALIDADE DOS CUIDADOS E DOS SERVIÇOS*. CEMBE - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
- Chewning, B., & Sleath, B. (1996). Medication decision-making and management: A client-centered model. *Social Science and Medicine*, 42(3), 389-398. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00156-5](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00156-5)
- Cott, C. A., Teare, G., McGilton, K. S., & Lineker, S. (2006). Reliability and construct validity of the client-centred rehabilitation questionnaire. *Disability and Rehabilitation*, 28(22), 1387-1397. <https://doi.org/10.1080/09638280600638398>
- Creel, L. C., Sass, J. V., & Yinger, N. V. (2002). Client-centered quality: clients' perspectives and barriers to receiving care. *New Perspectives on Quality of Care*, 2(2), 1-8.
- Cronin, J. J., & Taylor, S. a. (1994). SERVPERF versus SERVQUAL : and Reconciling of Service Measurement Perceptions Quality. *Journal of Marketing*, 58(1), 125-131. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/1252256>
- Cronin, J., & Taylor, S. (1992). Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. *American Marketing Association*, 56(3), 55-68. <https://doi.org/10.2307/1252296>
- Crosby, P. B., Deming, W. E., Juran, J. M., & Suarez, J. G. (1992). Three Experts on Quality Management : by. *Three Experts on Quality Management*, (92).
- Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea Academia das Ciências de Lisboa Editorial Verbo. (2001). volume II.
- Donabedian, A. (1980). The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment . *Health Administration Press*, 1(January 1980), 1-2.
- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care How Can It Be Assessed ? *Journal of the American Medical Association*, 260, 1743-1748. <https://doi.org/http://sci-hub.cc/10.1001/jama.1988.03410120089033>
- Donabedian, A. (1996). Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Memorial Found*, 44(3).
- Esperidião, M. A., & Trad, L. A. B. (2006). Avaliação de satisfação de usuários : considerações teórico-conceituais. *Cad. Saúde Pública*, 22(6), 1267-1276.
- Esperidião, M., & Trad, L. A. B. (2005). Avaliação de satisfação de usuários; User satisfaction assessment. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(sup), 303-312.
- Ferreira, P. (1991). Definir e Medir a Qualidade de Cuidados de Saúde. *Revista Critica de Ciencias Sociais*, 33, 93-112. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10316/11712>

- Ferreira, P. L., Luz, A., Valente, S., Raposo, V., Godinho, P., & Felício, E. D. (2001). Determinantes da satisfação dos utentes dos cuidados primários : o caso de Lisboa e Vale do Tejo. *Revista Portuguesa De Saúde Pública*, 2, 53-62.
- Ferreira, P. L., & Seco, O. M. (1993). "Algumas Estrategias para a Melhoria da Qualidade dos Servicos de Saúde." *Revista Critica de Ciencias Sociais*, 37, 159-172. Retrieved from <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/11604/1/Algumas%20Estrategias%20para%20a%20Melhoria%20da%20Qualidade%20dos%20Servicos%20de%20Saude.pdf>
- Fortin, M. (2009a). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. (Lusodidacta, Ed.).
- Fortin, M. (2009b). *O processo de investigação: da investigação à realização*. (Lusociência 5ª, Ed.).
- Franco, M. J. B., & Florentim, R. J. dos S. (2006). A satisfação dos utentes em serviços de saúde : um estudo exploratório sobre o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar da Cova da Beira. *Revista Portuguesa De Saúde Pública*, 24(1), 21-36.
- Garvin, David. (1984). What does "Product Quality" really mean?. *Sloan Management Review*. 26. 25-43.
- Garvin, David A. (1987). "Competing on the Eight Dimensions of Quality." *Harvard Business Review* 65, no. 6 (November-December 1987).
- GOMES, P. J. P. (2004). A evolução do conceito de qualidade : serviços de informação. *Cadernos BAD*, 2004, 6-18.
- Greene, J. Y., Weinberger, M., & Mamlin, J. J. (1980). PATIENT ATTITUDES TOWARD HEALTH CARE : EXPECTATIONS OF PRIMARY CARE IN A CLINIC SETTING. *Social Science and Medicine. Medical Psychology and Medical Sociology*, 14, 133-138. Retrieved from <https://uncch.pure.elsevier.com/en/publications/patient-attitudes-toward-health-care-expectations-of-primary-care>
- Gronroos, C. (1990). Relationship Approach to Marketing in Service Contexts : The Marketing and Organizational Behavior Interface. *Journal of Business Research*, 11, 3-11. [https://doi.org/10.1016/0148-2963\(90\)90037-E](https://doi.org/10.1016/0148-2963(90)90037-E)
- Hawthornea, G., Sansonic, J., Hayes, L., Marosszeky, N., & Sansoni, E. (2014). Measuring patient satisfaction with health care treatment using the Short Assessment of Patient Satisfaction measure delivered superior and robust satisfaction estimates. *Journal of Clinical Epidemiology*, 67(5), 527-537. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.12.010>
- Hespanhol, A. (2005). A imagem dos serviços de saúde. *Revista Portuguesa de Clinica Geral*, 185-191.
- Jain, S. K., & Gupta, G. (2004). Measuring Service Quality: SERVQUAL vs. SERVPERF Scales. *The Journal for Decision Makers*, 29(2), 25-37. Retrieved from http://www.vikalpa.com/pdf/articles/2004/2004_apr_jun_25_37.pdf
- John, J. (1992). PATIENT SATISFACTION: THE IMPACT OF PAST EXPERIENCE The, 12.
- Kotler, P., & Keller, K. L. (2006). *Administração de Marketing* (12th ed.). São Paulo:Hall, Pearson Prentice.
- Lage, L. M. de S. (2008). *QUALIDADE E SATISFAÇÃO NOS SERVIÇOS PÚBLICOS : O CASO DE UMA EMPRESA MUNICIPAL - EMARVR. universidade trás-os-montes e alto douro*.
- Law, M., Baptiste, S., & Mills, J. (1995). Client-Centred Practice: What does it Mean and Does it Make a Difference? *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 62(5), 250-257. <https://doi.org/10.1177/000841749506200504>
- Lee, M. A., & Yom, Y.-H. (2007). A comparative study of patients' and nurses' perceptions of the quality of nursing services, satisfaction and intent to revisit the hospital: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44(4), 545-555. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.03.006>
- Lemme, A. C., Noronha, G., & Resende, J. B. (1991). A Satisfação do Usuário em Hospital Universitário. *Revista Saúde Pública, São Paulo*, 25(1), 41-46. Retrieved from <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/viewFile/23792/25828>
- Lendrevie, J., Lindon, D., Dionísio, P., & Rodrigues, V. (1996). *Mercator Teoria e Prática do Marketing*. (L. P. D. Quixote, Ed.) (6ª).
- Linder-Pelz, S. (1982). Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypothesis. *Social Science & Medicine*, 16(5), 583-589. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(82\)90312-4](https://doi.org/10.1016/0277-9536(82)90312-4)
- Marconi, M., & Lakatos, E. (2010). *Metodologia do Trabalho Científico: procedimentos básicos, pesquisa*

bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. (S. 7ª Paulo, Ed.).

- Mario Lino Raposo; Helena Maria Alves; & Duarte, P. A. (2009). Dimensions of service quality and satisfaction in healthcare : a patient ' s satisfaction index, 3, 85-100.
<https://doi.org/10.1007/s11628-008-0055-1>
- Maroco, J. (2014). *Análise Estatístico com spss Statistics* (6ª). Report Number.
- Mauro, S. (2009). Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico? metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 85, 65-82. Retrieved from <https://rccs.revues.org/343>
- McDougall, G. H. G., & Levesque, T. (2000). Customer Satisfaction With Services: Putting Perceived Value Into The Equation. *Journal of Services Marketing*, 14(5), 392-410.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1108/08876040010340937>
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine* (1982), 51(7), 1087-110. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00098-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00098-8)
- Mendonça; & Guerra. (2007). DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE MEDIDA DA SATISFAÇÃO DO PACIENTE COM A FISIOTERAPIA. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11.
- Miguel Pina e Cunha. (2002). Introdução a qualidade de serviço: a perspetiva da gestão de recursos humanos. (ISPA, Ed.).
- Nielsen, D. M., Merry, M. D., Schyve, P. M., & Bisognano, M. (2004). Can the Gurus ' Concepts Cure Healthcare? *Healthcare*, (September), 25-34.
- Oliver, L. (1997). Satisfaction: A Behavioral Perspective on the Consumer, 15.
- Oliver, R. L. (1981). Measurement and Evaluation of Satisfaction Processes in Retail Settings. *Journal of Retailing*, 57(3), 25-48. Retrieved from <http://connection.ebscohost.com/c/articles/4669056/measurement-evaluation-satisfaction-processes-retail-settings>
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *American Marketing Association*, 49(4), 41-50.
<https://doi.org/10.2307/1251430>
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1988). A Multiple Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-37. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/225083802_SERVQUAL_A_multiple-_Item_Scale_for_measuring_consumer_perceptions_of_service_quality
- Pereira, M. G., Araújo-Soares, V., & McIntyre, T. (2001). Satisfação do utente e atitudes face aos médicos e medicina: um estudo piloto. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(2), 69-80. Retrieved from <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v2n2/v2n2a05.pdf>
- Perreira; Z. L., & Requeijo, J. G. (2012). *Planeamento e controlo estatístico de processos*. (F. da F. de C. e T. da U. N. de Lisboa, Ed.) (2ª). Retrieved from https://www.google.pt/search?q=planeamento+e+controlo+estatistico+de+processos&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjYpPq19-zSahWr5IMKHwXnAU0Q_AUIB6B&biw=1242&bih=602#imgsrc=0u0_7yGewmAP_M:
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para ciências Sociais: a complementaridade do SPSS*. (L. E. Silabo, Ed.) (5ª).
- Pires, A. R. (2012). *Sistemas de Gestão da Qualidade: Ambiente, Segurança, Responsabilidade Social, Indústria, Serviços, Administração Pública e Educação* (1ª edição). Lisboa. Retrieved from https://www.google.pt/search?q=antonio+ramos+pires+qualidade&biw=1242&bih=602&noj=1&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjg-JWzn7_RAhWLbxQKHUQHDDUQ_AUICG6B#imgsrc=1qfvOlq7DteDM%3A
- Pisco, L., & Biscaia, J. L. (2001). Qualidade de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa De Saúde Pública*, 2, 43-51. Retrieved from <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-04-2001.pdf>
- Reis, E. (2009). *Estatística Descritiva*. (Silabo 7ª, Ed.).
- Silva, M. (2013). *Gestão da Qualidade em Cuidados de Saúde*. (L. Monitor- Projetos e Edições, Ed.) (1ª Lisboa).
- SOUTO, M. G. M. S., HILLESHEIN, E. F., SCHARDOSIM, J. M., & DELGADO, K. S. (2008). Satisfação do paciente na unidade de coleta de exames laboratoriais, 29(2), 269-275.

- Stewart M., Brown J.B., Weston W.W., McWhinney I.R., McWilliam C.L., F. T. R. (2005). Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method. *International Journal of Integrated Care*, 5(21), 1. <https://doi.org/10.1136/bmj.311.7019.1580>
- Talbot, L. (1995). Principles and Practice of Nursing Research. St. Louis, MO, Mosby, 14(5). Retrieved from http://journals.lww.com/dccnjournal/Citation/1995/09000/Talbot,_Laura_A__Principles_and_Practice_of.6.aspx
- Turris, S. A. (2005). Unpacking the concept of patient satisfaction : a feminist analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 50, 293-298.
- Vilares, M. S., & Coelho, P. S. (2005). Satisfação e lealdade do cliente : metodologias de avaliação, gestão e análise, 7.
- Vinagre, M., & Neves, J. (2008). The influence of service quality and patients' emotions on satisfaction. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(1), 87-103. <https://doi.org/10.1108/09526860810841183>
- Waterworth, S., & Luker, K. A. (1990). Reluctant collaborators: do patients want to be involved in decisions concerning care? *Journal of Advanced Nursing*, 15(8), 971-976. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1990.tb01953.x>
- Witte, L., Schoot, T., & Proot, I. (2006). Development of the client-centred care questionnaire. *Journal of Advanced Nursing*, 56(1), 62-68. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03980.x>
- Zeithaml, V. a., Berry, L. L., & Parasuraman, a. (1993). The Nature and Determinants of Customer Expectations of Service. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 21(1), 1-12. <https://doi.org/10.1177/0092070393211001>

ANEXOS

Anexo I - Documentos Relativos às Autorizações Solicitadas

Pedido de autorização



Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração
do Centro Hospitalar Cova da Beira
Dr. João José Casteleiro Alves

Assunto: Aplicação de um questionário à equipa dos profissionais e utentes do Centro Hospitalar Cova da Beira

Alexsânder Lopes Varela, nascido em 22/03/1987, portador do CC n° 31629413 pelo arquivo de identificação da Covilhã, aluno da Universidade da Beira Interior, residente na rua Urbanização Bairro Quinta da Alampada lote n° 5 Código Postal 6200-250 estando a desenvolver trabalho de dissertação no âmbito Mestrado de Gestão de Unidades de Saúde da Universidade da Beira Interior, com o tema "Doente, Utente ou Cliente: As expectativas e sua satisfação", sob a orientação do Professor Luis Lourenço, vem por este meio solicitar a vossa autorização para a aplicação de um questionário à equipa dos profissionais e aos utentes do Centro Hospitalar Cova da Beira

Face ao exposto, agradeço a vossa atenção.

Com os melhores cumprimentos,

Covilhã, 18 de janeiro de 2017

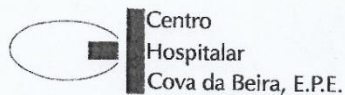
Aluno

Orientador:

Alexsânder Lopes Varela

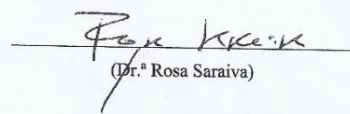
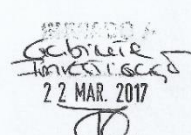
Professor Doutor Luis Lourenço

Parecer do Centro Hospitalar



Centro Hospitalar Cova da Beira
Presente em reunião de C.A.
Em 21 MAR 2017
Despacho

16 MAR 2017

| | |
|--|-----------|
| Parecer: | Despacho: |
| <p>ASSUNTO: Projecto de Investigação n.º 16/2017 - "Doente, Utente ou Cliente: As expectativas e sua satisfação".</p> <p>PARA: Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração</p> <p>DE: Gabinete de Investigação e Inovação</p> <p>N.º 28/GII Data 16/03/2017</p> <p>Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de autorização de Alexsânder Lopes Varela, aluno de Mestrado em Gestão das Unidades de Saúde, do Departamento de Gestão e Economia, da Universidade da Beira Interior, para a realização de um estudo subordinado ao tema "Doente, Utente ou Cliente: As expectativas e sua satisfação", a realizar na Consulta Externa deste Centro Hospitalar.</p> <p>Envio ainda o parecer n.º 19/2017, emitido pela Comissão de Ética.</p> <p>Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e Procedimentos do Centro de Investigação Clínica.</p> <p>Com os melhores cumprimentos,</p> <p>A Coordenadora do Gabinete de Investigação e Inovação,</p> <p> (Dr.ª Rosa Saraiva)</p> <p>RS/MA</p> <p> 22 MAR 2017</p> | |

Exmo(a) Sr(a). Dr.(a)
Alexsânder Lopes Varela

Data: 15/03/2017

Assunto: Parecer da CES relativo ao estudo "Doente, Utente ou Cliente: As expectativas e sua satisfação"

Exmos(as). Senhores(as),

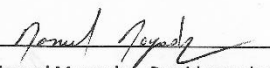
Em resposta ao V. pedido de parecer para realização do estudo supramencionado, a Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar Cova da Beira, ao abrigo do disposto na Lei nº 21/2014, de 16 de Abril, e em sessão plenária no dia 15/03/2017 deliberou emitir parecer, conforme documento em anexo.

A CES do CHCB opera dentro do exigido pelas boas práticas clínicas.

Na execução deste estudo qualquer informação/comunicação relevante para a segurança dos participantes tem de ser imediatamente comunicada à CES do CHCB.

Com os melhores cumprimentos,

Pela Comissão de Ética para a Saúde
do Centro Hospitalar Cova da Beira


(Prof. Doutor Manuel Morgado – Presidente da CES)

| | | |
|--|-------------------------|--|
| Deliberação n.º: 19/2017 | Data: 15/03/2017 | Órgão: Reunião plenária |
| Título: "Doente, Utente ou Cliente: As expectativas e sua satisfação" | | N.º. EudraCT: ----- |
| Versão da documentação aprovada: 10/03/2017 | Promotor: ----- | Investigadores principais: Alexsânder Lopes Varela |

Membros da CES do CHCB:

**Prof. Doutor Manuel
Passos Morgado**
(Presidente,
Farmacêutico)

**Dr.ª Ana Paula Torgal
Carreira**
(Vice-Presidente,
Assistente Social)

**Enf.ª Maria Gabriela
Ramalhinho**
(Enfermeira)

**Dr.ª Maria Fátima Jesus
Simões**
(Psicóloga)

**Dr. Luís Manuel Almeida
Alves Ribeiro**
(Médico)

**Dr. Luis Manuel Carreira
Fiadeiro**
(Jurista)

Dr. António Luciano
(Teólogo)

A Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar Cova da Beira, em reunião realizada na data 15/03/2017, apreciou a fundamentação do relator sobre o pedido de parecer para a realização do estudo acima referenciado.

Ouvido o relator, o processo foi votado pelos membros da CES do CHCB presentes:

Presidente: Prof. Doutor Manuel Passos Morgado

Vice-Presidente: Dr.ª Ana Paula Torgal Carreira

Dr. Luís Manuel Almeida Alves Ribeiro

Dr. António Luciano

Enf.ª Maria Gabriela Ramalhinho

Resultado da votação:

Apreciado o projecto, concluiu esta Comissão de Ética nada ter a opor à realização do mesmo.

Data: 15/03/2017

O Presidente da CES do CHCB:



(Prof. Doutor Manuel Morgado)

CHCB.IMP.COMET.01

Ed.1

Rev.0

Ficha de Apresentação do Projeto

|  Centro Hospitalar Covas da Beira, EPE | | IMPRESSO Apresentação do estudo | Código: CHCB.IMP.INVEST.01 | Edição: 7 | Revisão: 0 |
|--|--|--|------------------------------------|---|------------|
| <u>Ficha de apresentação do estudo</u> | | | | | |
| Data de Entrada: ____/____/____ | | | Estudo N.º _____ | | |
| Identificação do Investigador | | | | | |
| Nome: Alexsânder Lopes Varela | | | | | |
| Morada: Urbanização Bairro Quinta da Alameda lote nº 3 Boiçobras Covilhã | | | | | |
| Contacto (telefone / telemóvel / fax): 927929948 | | | | | |
| Email: alexsandervarela92@gmail.com | | | | | |
| Entidade de origem do investigador (escola / laboratório / empresa / ...): Universidade da Beira Interior | | | | | |
| Identificação do Estudo | | | | | |
| Título: "Doente, Utente ou Cliente: As expectativas e sua satisfação" | | | | | |
| Orientador (estudos académicos): Luís António Nunes Lourenço | | | | | |
| Data de início: 01/abril/2017 | | | Data do fim (prevista): 30/06/2017 | | |
| Área de investigação: Gestão das Unidades de Saúde / Gestão da Qualidade | | | | | |
| Diretor de Departamento e/ou Serviço: Dra Rosa Ballesteros | | | | | |
| Objetivos: Em anexo | | | | | |
| Metodologia: | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ensaio Clínico - Fase II | | <input type="checkbox"/> Ensaio Clínico - Fase III | | <input type="checkbox"/> Ensaio Clínico - Fase IV | |
| <input type="checkbox"/> Estudo Clínico | | <input type="checkbox"/> Estudo Clínico (com dispositivo médico) | | | |
| <input type="checkbox"/> Estudo Laboratorial | | <input type="checkbox"/> Contacto telefónico | | <input type="checkbox"/> Entrevista | |
| <input type="checkbox"/> Consulta Processos Clínicos | | <input type="checkbox"/> Recolha dados Estatísticos | | <input checked="" type="checkbox"/> Questionário | |
| <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____ | | | | | |
| Amostra: Todos os possíveis dentro do período de 2 meses | | | | | |
| Identificação dos Profissionais do CHCB envolvidos | | | | | |



Recursos necessários (Incluir todos os profissionais do CHCB envolvidos e detalhando, para cada um, o nome, o n.º mecanográfico, o Serviço e a carga horária dedicada ao estudo):

Não se aplica

Custos

Estimativa de Custos (se aplicável): Sem custos para o CHCB

Entidade(s) que suportam os custos (se aplicável): Não se aplica

Consentimento Informado



Centro
Hospitalar
Cova da Beira, EPE

IMPRESSO

Consentimento livre e informado

Código: CHCB.IMP.CINVEST.18

Edição: 2

Revisão: 0

Alexsânder Lopes Varela, aluno de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Universidade da Beira Interior, a realizar um trabalho de investigação subordinado ao tema “Doente, Utente ou Cliente: As expectativas e sua satisfação”, vem solicitar a sua colaboração neste estudo. Informo que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem que por isso venha a ser prejudicado nos cuidados de saúde prestados pelo CHCB, EPE; informo ainda que a sua privacidade será respeitada, todos os dados recolhidos serão confidenciais e não serão fornecidas quaisquer compensações.

Objetivo do trabalho de investigação: 1) *Estudar em que medida, na perspetiva do utilizador e do prestador, são implementadas práticas “orientadas para o utente”*; 2) *saber se existe relação entre essa prática e satisfação do utente*

Critérios de inclusão: Todos os utentes da consulta externa, com 18 ou mais anos de idade

Critérios de exclusão: Todos os utentes com menos de 18 anos e doentes do Departamento de Psiquiatria e Saúde e Mental.

Procedimentos necessários: Este estudo que está a ser orientado pelo Professor Doutor Luís Lourenço, inclui um questionário que será aplicado pelo próprio investigador, na consulta externa do Centro Hospitalar Cova da Beira. O questionário demorará no máximo 10 minutos a ser respondido e é anónimo.

Risco / Benefício da sua participação: Não há qualquer risco por participar no estudo. O benefício será em termos de futuro, numa resposta melhor direcionada para as necessidades dos utentes.

Duração da participação no estudo: 10 minutos, aproximadamente-

Nº aproximado de participantes: Todos os possíveis no período de 2 meses, tendo em conta os critérios de inclusão e de exclusão.

Contacto para esclarecimento de dúvidas: 927929948

Consentimento Informado – Aluno / Investigador

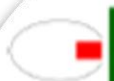
Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- * Entregou esta informação;
- * Explicou o propósito deste trabalho;
- * Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas pelo participante ou representante legal.

Nome do Aluno / Investigador (Legível)

Assinatura do Aluno / Investigador

Data



Consentimento Informado – Participante

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- * O Sr. (a) leu e compreendeu todas as informações desta informação, e teve tempo para as ponderar;
- * Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;
- * Se não percebeu qualquer das palavras, solicitou ao aluno/investigador uma explicação, tendo este esclarecido todas as dúvidas;
- * O Sr. (a) recebeu uma cópia desta informação, para a manter consigo.

Nome do Participante (Legível)

Representante Legal

(Assinatura do Participante ou Representante Legal)

___ / ___ / ___

Data

Anexo II Instrumentos de Recolha de Dados

Utentes

Este inquérito tem por objetivo a recolha de dados no âmbito da elaboração de uma dissertação de mestrado sobre o *doente utente ou cliente: expetativa e sua satisfação*, que se destina a ser respondido pelos *doentes, utentes ou clientes* e encontra-se estruturado por um conjunto de questões, que permitem um conhecimento aprofundado sobre a prestação dos serviços. A informação será tratada com toda confidencialidade e utilizada apenas para fins estatísticos. É fundamental que responda a todas as questões baseando-se na sua própria experiência, sendo importante que o inquérito demonstre fielmente a sua resposta. A sua participação será voluntária, sendo que a utilidade deste estudo depende do maior número de respostas obtidas, pelo que agradeço a sua colaboração.

IDENTIFICAÇÃO

Idade (anos): _____ Género: Feminino ☐ Masculino ☐

Estado civil: Solteiro (a) ☐ Casado (a) ☐ Viúvo (a) ☐ Divorciado (a) ☐

Habilitações Literárias: S/Habilitações ☐ Ensino Primário ☐ Ensino Básico ☐

Ensino Secundário ☐ Ensino Superior ☐

Situação Profissional: Desempregado (a) ☐ Reformado (a) ☐ Estudante ☐ Trabalhador ☐

Assinale com uma cruz (X), a resposta que se aproxima mais da sua opinião.

Qual o motivo da sua deslocação ao Serviço de Consultas Externas?

| | | | | |
|------------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|-------------|
| 1. Consulta de especialidade | <input type="checkbox"/> | 4. Não sabe | <input type="checkbox"/> | |
| 2. Tratamento | <input type="checkbox"/> | 5. Não responde | <input type="checkbox"/> | |
| 3. Exames | <input type="checkbox"/> | 6. Outro | <input type="checkbox"/> | Qual? _____ |

Qual foi o tipo de consulta a que recorreu nesse estabelecimento através da consulta externa?

| | | | | | |
|------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| 1 Oftalmologia | <input type="checkbox"/> | 5 Ortopedia | <input type="checkbox"/> | 9 Cardiologia | <input type="checkbox"/> |
| 2 Dermatologia | <input type="checkbox"/> | 6 Estomatologia | <input type="checkbox"/> | 10 Pneumologia | <input type="checkbox"/> |
| 3 Cirurgia geral | <input type="checkbox"/> | 7 Neurocirurgia | <input type="checkbox"/> | 11 Outros: | |
| 4 Urologia | <input type="checkbox"/> | 8 Medicina | <input type="checkbox"/> | _____ | |

Qual foi o tipo de grau de urgência da sua consulta?

| | | | | | |
|------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| 1. Emergente | <input type="checkbox"/> | 4. Pouco urgente | <input type="checkbox"/> | 6. Não sabe / | <input type="checkbox"/> |
| 2. Muito urgente | <input type="checkbox"/> | 5. Não urgente | <input type="checkbox"/> | Não responde | |
| 3. Urgente | <input type="checkbox"/> | | | | |

Quanto tempo esperou até ser atendido?

Instruções: Assinale com uma cruz (X), a resposta que se aproxima mais da sua opinião.

| | | | | | |
|-------------|--------------------------|--------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| 0 Min. | <input type="checkbox"/> | Até 60 min. | <input type="checkbox"/> | Até 240 min. | <input type="checkbox"/> |
| Até 10 min. | <input type="checkbox"/> | Até 90 min. | <input type="checkbox"/> | Mais de 240 min. | <input type="checkbox"/> |
| Até 30 min. | <input type="checkbox"/> | Até 120 min. | <input type="checkbox"/> | Não sabe | <input type="checkbox"/> |

Nesta parte do questionário prende-se apurar a sua opinião acerca da forma como é tratado pelos Profissionais de Saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares, etc.)

Numa escala de 1 a 10 (em que 1 é **completamente em desacordo** e 10 é **completamente de acordo**) manifeste o seu grau de concordância com as seguintes afirmações:

Numa escala de 1 a 10, indique a sua concordância com as seguintes afirmações:

| | Completamente em desacordo | | | | | Completamente de acordo | | | | |
|--|----------------------------|---|---|---|---|-------------------------|---|---|---|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Eu posso afirmar que os profissionais da saúde têm em conta meus desejos pessoais. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Eu posso dizer que os profissionais da saúde realmente me ouvem. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Eu posso afirmar que os profissionais da saúde levam em conta o que lhes digo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| É-me dada oportunidade para dizer que tipo de cuidados eu sinto que preciso. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Eu posso dizer que os profissionais da saúde respeitam a minha decisão, mesmo quando discordo deles. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Na minha opinião, os profissionais da saúde são claros acerca dos tratamentos e exames que posso e devo fazer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Na minha opinião, os profissionais da saúde por vezes são muito rápidos a afirmar que há algo que não é possível fazer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Dão-me a oportunidade de usar minha própria experiência e conhecimentos no que diz respeito aos cuidados que eu preciso. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Dão-me oportunidade de ajudar a decidir sobre o tipo de cuidados que necessito. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| É-me dada oportunidade para ajudar a decidir sobre como os cuidados e tratamentos devem ser seguidos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Na minha opinião, sou consultado sobre quem pode providenciar os cuidados que necessito. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Tenho oportunidade para organizar da melhor forma as consultas exames e tratamentos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

Numa escala de 1 a 10 (em que 1 é **absolutamente insatisfeito** e 10 **completamente satisfeito**) manifeste e avalie a satisfação perante os seguintes aspetos referente ao atendimento:

Numa escala de 1 a 10, indique a sua nível de satisfação relativamente aos seguintes aspetos:

| | Absolutament e insatisfeito | | | | | Completament e satisfeito | | | | |
|---|--------------------------------|---|---|---|---|------------------------------|---|---|---|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Interesse por parte do médico pelo seu problema de saúde | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Relacionamento com o seu médico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Explicações dos exames prescritos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Informações sobre os sintomas das doenças | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Aconselhamento sobre o tratamento | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Facilidade de contacto com o médico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Competência desempenho das funções | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Cortesia no atendimento | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Explicação dos tratamentos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Aconselhamento sobre cuidados a manter | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Qualidade das instalações | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Espaço de atendimento / espera (espaço acolhedor) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Limpeza e higiene das instalações | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Privacidade (forma como a sua privacidade foi assegurada) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Sinalização no serviço (facilidade se orientar no interior do estabelecimento) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Tempo obtenção da consulta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Tempo de espera para ser consultado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Disponibilidade do pessoal | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Aspetos técnicos (forma como a equipe desempenhou as atividades) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Cuidados e carinho (cortesia, respeito, amizade e gentileza com que foi tratado) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Eficiência no processo de admissão para a realização da consulta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Atenção que foi dada as suas necessidades (forma como foi recebido pelos profissionais e atenção que foi dada às suas preocupações) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Facilidade em obter informações (responder às suas questões e duvidas) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Informações prestadas aos familiares (forma como foram abordados aos seus familiares acerca da evolução do estado de saúde e a necessidade) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

Muito obrigado pela atenção e colaboração!

Funcionários



Este inquérito tem por objetivo a recolha de dados no âmbito da elaboração de uma dissertação de mestrado sobre o *doente utente ou cliente: expectativa e sua satisfação*, que se destina a ser respondido pelos profissionais da saúde e prestadores de serviços encontra-se estruturado por um conjunto de questões, que permitem um conhecimento aprofundado sobre a prestação dos serviços.

A informação será tratada com toda confidencialidade e utilizada apenas para fins estatísticos. É fundamental que responda a todas as questões baseando-se na sua própria experiência, sendo importante que a resposta demonstre fielmente a sua percepção.

A sua participação será voluntária, sendo que a utilidade deste estudo depende do maior número de resposta obtidas, pelo que agradeço a sua colaboração.

Assinale com uma X a resposta que considera mais adequada às questões que se seguem.

1. Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

2. Idade: _____ (anos)

3. Profissão:
Enfermeiro (a) ☐ Médico (a) ☐ Auxiliar de saúde ☐

4. Trabalha em que serviço:

➤ Oftalmologia ☐
➤ Dermatologia ☐
➤ Cirurgia geral ☐
➤ Urologia ☐

➤ Ortopedia ☐
➤ Estomatologia ☐
➤ Neurocirurgia ☐
➤ Medicina ☐

➤ Cardiologia ☐
➤ Pneumologia ☐
➤ Outro: _____

Nesta parte do questionário agradecia-se que transmitisse, da forma mais honesta possível, a sua opinião sobre alguns aspetos do funcionamento dos serviços de saúde, isto é, pretende-se que nos transmita a sua perceção acerca da forma como o serviço onde trabalha se relaciona com os seus utilizadores.

Assim numa escala de 1 a 10 (em que 1 é absolutamente em desacordo e 10 completamente de acordo), manifeste o seu grau de concordância com as seguintes afirmações:

| | Completamente em desacordo | | | | | Completamente de acordo | | | | |
|--|-------------------------------|---|---|---|---|----------------------------|---|---|---|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Como profissional da saúde tenho em conta os desejos dos utilizadores do serviço. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Como profissional da saúde tenho o cuidado de ouvir os utilizadores de serviço. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Como profissional da saúde levo em conta o que os utilizadores de serviço me dizem. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Dou oportunidade aos utilizadores do serviço para dizerem que tipo de cuidado de saúde eles sentem que precisam. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Como profissional da saúde respeito a decisão dos utilizadores, mesmo não estando de acordo com elas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Como profissional da saúde procuro ser claro na explicação dos tratamentos e exames que os utilizadores precisam | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Por vezes informo apressadamente o utilizador que há procedimentos a que ele não pode aceder. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Dou oportunidade a que o utente contribua com a sua da experiência e conhecimentos na decisão quanto a cuidados e/ou exames. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Permito que o utente participe na decisão quanto ao tipo de cuidados e/ou exames que necessita. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Permito que o utente participe na decisão sobre a forma como os cuidados e/ou exames são efetivados. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Consulto o utente sobre quem pensa que deve prestar os cuidados ou efetuar exame. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Dou oportunidade ao utente para organizar da melhor forma as consultas exames e tratamentos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

Muito obrigado pela atenção e colaboração!

Anexo III- Centralidade de Cliente

Medidas descritivas

| | | Descritivas | | |
|------|-----------|-------------|-------|---------------|
| | | N | Média | Desvio Padrão |
| CC1 | Feminino | 184 | 6,98 | 2,088 |
| | Masculino | 79 | 7,34 | 1,934 |
| | Total | 263 | 7,09 | 2,046 |
| CC2 | Feminino | 185 | 7,26 | 2,026 |
| | Masculino | 78 | 7,77 | 1,879 |
| | Total | 263 | 7,41 | 1,994 |
| CC3 | Feminino | 185 | 7,28 | 2,036 |
| | Masculino | 79 | 7,75 | 1,801 |
| | Total | 264 | 7,42 | 1,977 |
| CC4 | Feminino | 185 | 7,36 | 2,165 |
| | Masculino | 79 | 7,70 | 1,957 |
| | Total | 264 | 7,46 | 2,107 |
| CC5 | Feminino | 185 | 6,92 | 2,007 |
| | Masculino | 79 | 7,49 | 1,967 |
| | Total | 264 | 7,09 | 2,008 |
| CC6 | Feminino | 185 | 7,82 | 2,004 |
| | Masculino | 79 | 8,19 | 1,688 |
| | Total | 264 | 7,93 | 1,919 |
| CC7 | Feminino | 185 | 6,48 | 2,320 |
| | Masculino | 78 | 6,76 | 2,096 |
| | Total | 263 | 6,56 | 2,255 |
| CC8 | Feminino | 185 | 6,72 | 2,115 |
| | Masculino | 78 | 7,06 | 2,097 |
| | Total | 263 | 6,83 | 2,111 |
| CC9 | Feminino | 185 | 7,01 | 2,036 |
| | Masculino | 78 | 6,88 | 2,192 |
| | Total | 263 | 6,97 | 2,080 |
| CC10 | Feminino | 185 | 6,84 | 2,115 |
| | Masculino | 78 | 6,94 | 2,247 |
| | Total | 263 | 6,87 | 2,151 |
| CC11 | Feminino | 185 | 7,06 | 2,208 |
| | Masculino | 79 | 7,44 | 1,979 |
| | Total | 264 | 7,18 | 2,145 |
| CC12 | Feminino | 185 | 7,04 | 2,220 |
| | Masculino | 79 | 6,97 | 2,337 |
| | Total | 264 | 7,02 | 2,251 |

Descritivas

| | | N | Média | Desvio Padrão |
|------|------------|-----|-------|------------------|
| CC1 | Solteiro | 81 | 6,80 | 2,130 |
| | Casado | 140 | 7,25 | 2,033 |
| | Viuvo | 15 | 6,87 | 1,885 |
| | Divorciado | 26 | 7,12 | 1,904 |
| | Total | 262 | 7,08 | 2,042 |
| CC2 | Solteiro | 80 | 7,21 | 1,947 |
| | Casado | 141 | 7,51 | 2,016 |
| | Viuvo | 15 | 7,20 | 2,336 |
| | Divorciado | 26 | 7,50 | 1,838 |
| | Total | 262 | 7,40 | 1,991 |
| CC3 | Solteiro | 81 | 7,37 | 1,900 |
| | Casado | 141 | 7,38 | 2,020 |
| | Viuvo | 15 | 7,47 | 2,356 |
| | Divorciado | 26 | 7,62 | 1,813 |
| | Total | 263 | 7,41 | 1,975 |
| CC4 | Solteiro | 81 | 7,41 | 2,178 |
| | Casado | 141 | 7,52 | 2,106 |
| | Viuvo | 15 | 7,40 | 1,993 |
| | Divorciado | 26 | 7,23 | 2,026 |
| | Total | 263 | 7,45 | 2,105 |
| CC5 | Solteiro | 81 | 7,00 | 1,981 |
| | Casado | 141 | 7,18 | 2,069 |
| | Viuvo | 15 | 7,00 | 1,773 |
| | Divorciado | 26 | 6,85 | 1,912 |
| | Total | 263 | 7,08 | 2,004 |
| CC6 | Solteiro | 81 | 8,00 | 1,823 |
| | Casado | 141 | 8,02 | 1,861 |
| | Viuvo | 15 | 6,87 | 2,900 |
| | Divorciado | 26 | 7,77 | 1,751 |
| | Total | 263 | 7,92 | 1,919 |
| CC7 | Solteiro | 81 | 6,56 | 2,291 |
| | Casado | 141 | 6,60 | 2,242 |
| | Viuvo | 15 | 6,00 | 2,204 |
| | Divorciado | 25 | 6,56 | 2,274 |
| | Total | 262 | 6,55 | 2,250 |
| CC8 | Solteiro | 81 | 6,56 | 2,269 |
| | Casado | 141 | 7,08 | 1,990 |
| | Viuvo | 15 | 6,40 | 1,639 |
| | Divorciado | 25 | 6,40 | 2,345 |
| | Total | 262 | 6,81 | 2,106 |
| CC9 | Solteiro | 81 | 6,64 | 2,232 |
| | Casado | 141 | 7,19 | 1,923 |
| | Viuvo | 15 | 6,93 | 2,052 |
| | Divorciado | 25 | 6,68 | 2,340 |
| | Total | 262 | 6,96 | 2,076 |
| CC10 | Solteiro | 81 | 6,75 | 2,177 |
| | Casado | 141 | 7,04 | 2,090 |
| | Viuvo | 15 | 6,67 | 1,915 |
| | Divorciado | 25 | 6,24 | 2,454 |
| | Total | 262 | 6,85 | 2,146 |
| CC11 | Solteiro | 81 | 7,41 | 2,149 |
| | Casado | 141 | 7,17 | 2,049 |
| | Viuvo | 15 | 6,67 | 2,093 |
| | Divorciado | 26 | 6,69 | 2,604 |
| | Total | 263 | 7,17 | 2,142 |
| CC12 | Solteiro | 81 | 6,95 | 2,434 |
| | Casado | 141 | 7,15 | 2,148 |
| | Viuvo | 15 | 6,67 | 1,915 |
| | Divorciado | 26 | 6,62 | 2,401 |
| | Total | 263 | 7,01 | 2,248 |

Descritivas

| | | N | Média | Desvio Padrão |
|------|-----------------|-----|-------|------------------|
| CC1 | S/ Habil | 9 | 7,33 | 2,000 |
| | Ens. primário | 43 | 7,35 | 1,824 |
| | Ens. básico | 30 | 7,37 | 2,173 |
| | Ens. secundário | 125 | 6,98 | 2,131 |
| | Ens. Superior | 56 | 6,95 | 1,986 |
| | Total | 263 | 7,09 | 2,046 |
| CC2 | S/ Habil | 9 | 7,67 | 2,179 |
| | Ens. primário | 42 | 7,69 | 1,932 |
| | Ens. básico | 30 | 7,63 | 2,456 |
| | Ens. secundário | 126 | 7,34 | 1,960 |
| | Ens. Superior | 56 | 7,20 | 1,843 |
| | Total | 263 | 7,41 | 1,994 |
| CC3 | S/ Habil | 9 | 7,78 | 2,048 |
| | Ens. primário | 43 | 7,49 | 1,944 |
| | Ens. básico | 30 | 7,47 | 2,255 |
| | Ens. secundário | 126 | 7,40 | 2,032 |
| | Ens. Superior | 56 | 7,32 | 1,759 |
| | Total | 264 | 7,42 | 1,977 |
| CC4 | S/ Habil | 9 | 7,89 | 1,900 |
| | Ens. primário | 43 | 7,67 | 1,924 |
| | Ens. básico | 30 | 7,67 | 2,279 |
| | Ens. secundário | 126 | 7,33 | 2,219 |
| | Ens. Superior | 56 | 7,43 | 1,953 |
| | Total | 264 | 7,46 | 2,107 |
| CC5 | S/ Habil | 9 | 7,22 | 1,641 |
| | Ens. primário | 43 | 7,35 | 2,103 |
| | Ens. básico | 30 | 7,03 | 2,220 |
| | Ens. secundário | 126 | 7,05 | 2,043 |
| | Ens. Superior | 56 | 7,02 | 1,834 |
| | Total | 264 | 7,09 | 2,008 |
| CC6 | S/ Habil | 9 | 7,89 | 1,965 |
| | Ens. primário | 43 | 8,09 | 1,986 |
| | Ens. básico | 30 | 7,97 | 2,297 |
| | Ens. secundário | 126 | 8,06 | 1,795 |
| | Ens. Superior | 56 | 7,52 | 1,926 |
| | Total | 264 | 7,93 | 1,919 |
| CC7 | S/ Habil | 9 | 7,22 | 2,048 |
| | Ens. primário | 43 | 6,70 | 2,396 |
| | Ens. básico | 29 | 7,07 | 2,235 |
| | Ens. secundário | 126 | 6,52 | 2,219 |
| | Ens. Superior | 56 | 6,20 | 2,268 |
| | Total | 263 | 6,56 | 2,255 |
| CC8 | S/ Habil | 9 | 7,56 | 1,667 |
| | Ens. primário | 43 | 7,26 | 1,761 |
| | Ens. básico | 29 | 7,07 | 2,492 |
| | Ens. secundário | 126 | 6,75 | 2,058 |
| | Ens. Superior | 56 | 6,41 | 2,267 |
| | Total | 263 | 6,83 | 2,111 |
| CC9 | S/ Habil | 9 | 7,78 | 1,641 |
| | Ens. primário | 43 | 7,37 | 1,773 |
| | Ens. básico | 29 | 6,86 | 2,445 |
| | Ens. secundário | 126 | 6,88 | 2,030 |
| | Ens. Superior | 56 | 6,79 | 2,262 |
| | Total | 263 | 6,97 | 2,080 |
| CC10 | S/ Habil | 9 | 7,56 | 1,740 |
| | Ens. primário | 43 | 6,88 | 2,073 |
| | Ens. básico | 29 | 6,79 | 2,555 |
| | Ens. secundário | 126 | 6,81 | 2,074 |
| | Ens. Superior | 56 | 6,91 | 2,267 |
| | Total | 263 | 6,87 | 2,151 |
| CC11 | S/ Habil | 9 | 7,89 | 1,537 |
| | Ens. primário | 43 | 7,37 | 2,000 |
| | Ens. básico | 30 | 7,17 | 2,640 |
| | Ens. secundário | 126 | 7,25 | 2,047 |
| | Ens. Superior | 56 | 6,75 | 2,258 |
| | Total | 264 | 7,18 | 2,145 |
| CC12 | S/ Habil | 9 | 7,67 | 1,323 |
| | Ens. primário | 43 | 7,09 | 2,267 |
| | Ens. básico | 30 | 6,77 | 2,239 |
| | Ens. secundário | 126 | 7,18 | 2,225 |
| | Ens. Superior | 56 | 6,63 | 2,401 |
| | Total | 264 | 7,02 | 2,251 |

Descritivas

| | | N | Média | Desvio Padrão |
|------|--------------|-----|-------|------------------|
| CC1 | Desempregado | 42 | 6,55 | 2,615 |
| | Reformado | 77 | 7,45 | 1,882 |
| | Estudante | 17 | 6,94 | 2,410 |
| | Empregado | 127 | 7,06 | 1,851 |
| | Total | 263 | 7,09 | 2,046 |
| CC2 | Desempregado | 42 | 7,14 | 2,343 |
| | Reformado | 76 | 7,59 | 2,198 |
| | Estudante | 17 | 7,29 | 1,759 |
| | Empregado | 128 | 7,41 | 1,772 |
| | Total | 263 | 7,41 | 1,994 |
| CC3 | Desempregado | 42 | 6,95 | 2,449 |
| | Reformado | 77 | 7,51 | 1,971 |
| | Estudante | 17 | 7,59 | 2,152 |
| | Empregado | 128 | 7,49 | 1,779 |
| | Total | 264 | 7,42 | 1,977 |
| CC4 | Desempregado | 42 | 6,69 | 2,892 |
| | Reformado | 77 | 7,68 | 2,029 |
| | Estudante | 17 | 8,24 | 1,751 |
| | Empregado | 128 | 7,48 | 1,827 |
| | Total | 264 | 7,46 | 2,107 |
| CC5 | Desempregado | 42 | 6,57 | 2,339 |
| | Reformado | 77 | 7,49 | 1,931 |
| | Estudante | 17 | 7,00 | 2,372 |
| | Empregado | 128 | 7,04 | 1,859 |
| | Total | 264 | 7,09 | 2,008 |
| CC6 | Desempregado | 42 | 7,81 | 2,319 |
| | Reformado | 77 | 8,08 | 1,959 |
| | Estudante | 17 | 8,53 | 1,736 |
| | Empregado | 128 | 7,80 | 1,771 |
| | Total | 264 | 7,93 | 1,919 |
| CC7 | Desempregado | 42 | 6,43 | 2,451 |
| | Reformado | 77 | 7,16 | 1,994 |
| | Estudante | 17 | 7,12 | 2,913 |
| | Empregado | 127 | 6,17 | 2,175 |
| | Total | 263 | 6,56 | 2,255 |
| CC8 | Desempregado | 42 | 6,24 | 2,564 |
| | Reformado | 77 | 7,35 | 1,911 |
| | Estudante | 17 | 7,12 | 2,147 |
| | Empregado | 127 | 6,66 | 2,005 |
| | Total | 263 | 6,83 | 2,111 |
| CC9 | Desempregado | 42 | 6,38 | 2,527 |
| | Reformado | 77 | 7,36 | 1,891 |
| | Estudante | 17 | 7,47 | 2,154 |
| | Empregado | 127 | 6,86 | 1,979 |
| | Total | 263 | 6,97 | 2,080 |
| CC10 | Desempregado | 42 | 6,33 | 2,406 |
| | Reformado | 77 | 7,18 | 2,037 |
| | Estudante | 17 | 7,29 | 2,085 |
| | Empregado | 127 | 6,80 | 2,121 |
| | Total | 263 | 6,87 | 2,151 |
| CC11 | Desempregado | 42 | 7,21 | 2,203 |
| | Reformado | 77 | 7,51 | 2,017 |
| | Estudante | 17 | 7,76 | 1,921 |
| | Empregado | 128 | 6,89 | 2,207 |
| | Total | 264 | 7,18 | 2,145 |
| CC12 | Desempregado | 42 | 7,31 | 2,181 |
| | Reformado | 77 | 7,27 | 1,998 |
| | Estudante | 17 | 7,29 | 2,494 |
| | Empregado | 128 | 6,73 | 2,373 |
| | Total | 264 | 7,02 | 2,251 |

Testes de hipótese

Teste de amostras independentes

| | | Teste de Levene para igualdade de variâncias | | teste-t para Igualdade de Médias | | |
|------|---------------------------------|--|------|----------------------------------|--------|---------------------|
| | | F | Sig. | t | gl | Sig. (bilateral) |
| CC1 | Variâncias iguais assumidas | ,241 | ,624 | -1,323 | 261 | ,187 |
| | Variâncias iguais não assumidas | | | -1,364 | 158,67 | ,175 |
| CC2 | Variâncias iguais assumidas | ,947 | ,331 | -1,903 | 261 | ,058 |
| | Variâncias iguais não assumidas | | | -1,963 | 155,40 | ,051 |
| CC3 | Variâncias iguais assumidas | 1,951 | ,164 | -1,780 | 262 | ,076 |
| | Variâncias iguais não assumidas | | | -1,870 | 165,52 | ,063 |
| CC4 | Variâncias iguais assumidas | 1,162 | ,282 | -1,180 | 262 | ,239 |
| | Variâncias iguais não assumidas | | | -1,229 | 162,10 | ,221 |
| CC5 | Variâncias iguais assumidas | ,065 | ,800 | -2,123 | 262 | ,035 |
| | Variâncias iguais não assumidas | | | -2,141 | 150,18 | ,034 |
| CC6 | Variâncias iguais assumidas | 2,024 | ,156 | -1,430 | 262 | ,154 |
| | Variâncias iguais não assumidas | | | -1,532 | 173,56 | ,127 |
| CC7 | Variâncias iguais assumidas | ,551 | ,458 | -,904 | 261 | ,367 |
| | Variâncias iguais não assumidas | | | -,942 | 159,27 | ,348 |
| CC8 | Variâncias iguais assumidas | ,025 | ,876 | -1,193 | 261 | ,234 |
| | Variâncias iguais não assumidas | | | -1,197 | 145,95 | ,233 |
| CC9 | Variâncias iguais assumidas | 1,303 | ,255 | ,429 | 261 | ,668 |
| | Variâncias iguais não assumidas | | | ,417 | 135,71 | ,678 |
| CC10 | Variâncias iguais assumidas | ,354 | ,552 | -,337 | 261 | ,736 |
| | Variâncias iguais não assumidas | | | -,329 | 137,27 | ,743 |
| CC11 | Variâncias iguais assumidas | ,371 | ,543 | -1,313 | 262 | ,190 |
| | Variâncias iguais não assumidas | | | -1,372 | 163,41 | ,172 |
| CC12 | Variâncias iguais assumidas | ,075 | ,785 | ,208 | 262 | ,835 |
| | Variâncias iguais não assumidas | | | ,204 | 140,83 | ,839 |

Estatísticas de teste^{a,b}

| | CC1 | CC2 | CC3 | CC4 | CC5 | CC6 | CC7 | CC8 | CC9 | CC10 | CC11 | CC12 |
|-----------------------|-------|-------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Qui-quadrado | 2,913 | 1,993 | ,416 | ,901 | 2,015 | 2,504 | 1,101 | 5,362 | 3,474 | 3,050 | 2,588 | 1,732 |
| gl | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Significância Assint. | ,405 | ,574 | ,937 | ,825 | ,569 | ,475 | ,777 | ,147 | ,324 | ,384 | ,460 | ,630 |

a. Teste Kruskal Wallis

b. Variável de Agrupamento: Estado Civil

Estatísticas de teste^{a,b}

| | CC1 | CC2 | CC3 | CC4 | CC5 | CC6 | CC7 | CC8 | CC9 | CC10 | CC11 | CC12 |
|-----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------|-------|
| Qui-quadrado | 1,998 | 3,839 | 1,159 | 1,522 | 1,385 | 4,453 | 4,646 | 5,516 | 3,040 | ,726 | 3,434 | 3,363 |
| gl | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Significância Assint. | ,736 | ,428 | ,885 | ,823 | ,847 | ,348 | ,326 | ,238 | ,551 | ,948 | ,488 | ,499 |

a. Teste Kruskal Wallis

b. Variável de Agrupamento: Habilitações literárias

Estatísticas de teste^{a,b}

| | CC1 | CC2 | CC3 | CC4 | CC5 | CC6 | CC7 | CC8 | CC9 | CC10 | CC11 | CC12 |
|-----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Qui-quadrado | 3,952 | 2,262 | 1,547 | 5,342 | 5,777 | 4,553 | 9,550 | 7,653 | 6,248 | 3,848 | 4,748 | 3,033 |
| gl | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Significância Assint. | ,267 | ,520 | ,672 | ,148 | ,123 | ,208 | ,023 | ,054 | ,100 | ,278 | ,191 | ,387 |

a. Teste Kruskal Wallis

b. Variável de Agrupamento: Situação Profissional

Anexo IV- Centralidade de Cliente - Utentes VS. Prestadores

| Teste de amostras independentes | | | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|--|-------|-------------------------------------|---------|---------------------|
| | | Teste de Levene para igualdade de variâncias | | teste-t para Igualdade de Médias | | |
| | | F | Sig. | t | gl | Sig. (bilateral) |
| CC1 | Variâncias iguais assumidas | 22,281 | 0,000 | 5,881 | 303 | 0,000 |
| | Variâncias iguais não assumidas | | | 10,500 | 131,517 | 0,000 |
| CC2 | Variâncias iguais assumidas | 29,817 | 0,000 | 6,512 | 303 | 0,000 |
| | Variâncias iguais não assumidas | | | 12,661 | 173,461 | 0,000 |
| CC3 | Variâncias iguais assumidas | 27,572 | 0,000 | 5,910 | 304 | 0,000 |
| | Variâncias iguais não assumidas | | | 10,995 | 148,649 | 0,000 |
| CC4 | Variâncias iguais assumidas | 7,404 | 0,007 | 3,214 | 304 | 0,001 |
| | Variâncias iguais não assumidas | | | 4,309 | 71,688 | 0,000 |
| CC5 | Variâncias iguais assumidas | 1,404 | 0,237 | 4,205 | 304 | 0,000 |
| | Variâncias iguais não assumidas | | | 4,863 | 60,080 | 0,000 |
| CC6 | Variâncias iguais assumidas | 9,039 | 0,003 | 4,123 | 304 | 0,000 |
| | Variâncias iguais não assumidas | | | 5,469 | 70,619 | 0,000 |
| CC7 | Variâncias iguais assumidas | 11,053 | 0,001 | -5,151 | 303 | 0,000 |
| | Variâncias iguais não assumidas | | | -4,275 | 47,718 | 0,000 |
| CC8 | Variâncias iguais assumidas | 0,429 | 0,513 | 1,984 | 303 | 0,048 |
| | Variâncias iguais não assumidas | | | 2,077 | 55,049 | 0,042 |
| CC9 | Variâncias iguais assumidas | 0,227 | 0,634 | 2,563 | 303 | 0,011 |
| | Variâncias iguais não assumidas | | | 2,475 | 51,933 | 0,017 |
| CC10 | Variâncias iguais assumidas | 0,386 | 0,535 | 0,939 | 303 | 0,349 |
| | Variâncias iguais não assumidas | | | 0,866 | 50,454 | 0,391 |
| CC11 | Variâncias iguais assumidas | 16,089 | 0,000 | -4,380 | 304 | 0,000 |
| | Variâncias iguais não assumidas | | | -3,436 | 46,525 | 0,001 |
| CC12 | Variâncias iguais assumidas | 2,290 | 0,131 | 1,212 | 304 | 0,227 |
| | Variâncias iguais não assumidas | | | 1,069 | 49,187 | 0,290 |

Anexo V - Satisfação

Medidas descritivas

| Descritivas | | | | |
|---------------|-----------|-----|--------|------------------|
| | | N | Média | Desvio Padrão |
| Empatia | Feminino | 185 | 7,6984 | 1,87166 |
| | Masculino | 79 | 8,1930 | 1,55068 |
| | Total | 264 | 7,8464 | 1,79318 |
| Confiança | Feminino | 185 | 7,3439 | 1,78596 |
| | Masculino | 79 | 7,6633 | 1,44942 |
| | Total | 264 | 7,4395 | 1,69590 |
| Resposta | Feminino | 185 | 7,7489 | 1,75289 |
| | Masculino | 79 | 8,1418 | 1,37530 |
| | Total | 264 | 7,8665 | 1,65623 |
| Tangibilidade | Feminino | 185 | 7,8935 | 1,56797 |
| | Masculino | 79 | 8,0430 | 1,45872 |
| | Total | 264 | 7,9383 | 1,53487 |
| Garantia | Feminino | 185 | 7,8446 | 1,83707 |
| | Masculino | 79 | 8,3101 | 1,40524 |
| | Total | 264 | 7,9839 | 1,72985 |

Descritivas

| | | N | Média | Desvio Padrão |
|---------------|------------|-----|--------|------------------|
| Empatia | Solteiro | 81 | 7,6025 | 1,94435 |
| | Casado | 141 | 8,0284 | 1,69530 |
| | Viuvo | 15 | 7,3867 | 1,89807 |
| | Divorciado | 26 | 7,8019 | 1,70976 |
| | Total | 263 | 7,8382 | 1,79165 |
| Confiança | Solteiro | 81 | 7,0506 | 1,80964 |
| | Casado | 141 | 7,7238 | 1,54776 |
| | Viuvo | 15 | 7,0000 | 1,89737 |
| | Divorciado | 26 | 7,3103 | 1,78686 |
| | Total | 263 | 7,4343 | 1,69704 |
| Resposta | Solteiro | 81 | 7,6914 | 1,73639 |
| | Casado | 141 | 8,0351 | 1,54052 |
| | Viuvo | 15 | 7,2000 | 1,92428 |
| | Divorciado | 26 | 7,8000 | 1,76997 |
| | Total | 263 | 7,8584 | 1,65413 |
| Tangibilidade | Solteiro | 81 | 7,6568 | 1,67906 |
| | Casado | 141 | 8,1762 | 1,30028 |
| | Viuvo | 15 | 7,2533 | 2,14405 |
| | Divorciado | 26 | 7,8404 | 1,63756 |
| | Total | 263 | 7,9304 | 1,53249 |
| Garantia | Solteiro | 81 | 7,7870 | 1,79849 |
| | Casado | 141 | 8,1365 | 1,61563 |
| | Viuvo | 15 | 7,3167 | 2,07981 |
| | Divorciado | 26 | 8,0769 | 1,84224 |
| | Total | 263 | 7,9762 | 1,72865 |

Descritivas

| | | N | Média | Desvio Padrão |
|---------------|-----------------|-----|--------|------------------|
| Empatia | S/ Habil | 9 | 8,0667 | 1,43875 |
| | Ens. primário | 43 | 8,0465 | 1,74238 |
| | Ens. básico | 30 | 7,7750 | 2,18225 |
| | Ens. secundário | 126 | 7,9444 | 1,67745 |
| | Ens. Superior | 56 | 7,4750 | 1,90943 |
| | Total | 264 | 7,8464 | 1,79318 |
| Confiança | S/ Habil | 9 | 7,6889 | 1,63129 |
| | Ens. primário | 43 | 7,7953 | 1,38941 |
| | Ens. básico | 30 | 7,4100 | 2,12900 |
| | Ens. secundário | 126 | 7,4442 | 1,65161 |
| | Ens. Superior | 56 | 7,1313 | 1,75946 |
| | Total | 264 | 7,4395 | 1,69590 |
| Resposta | S/ Habil | 9 | 8,0889 | 1,57198 |
| | Ens. primário | 43 | 8,0698 | 1,64975 |
| | Ens. básico | 30 | 7,7733 | 2,22570 |
| | Ens. secundário | 126 | 7,9091 | 1,50120 |
| | Ens. Superior | 56 | 7,6286 | 1,68477 |
| | Total | 264 | 7,8665 | 1,65623 |
| Tangibilidade | S/ Habil | 9 | 8,3556 | 1,38844 |
| | Ens. primário | 43 | 8,0698 | 1,71096 |
| | Ens. básico | 30 | 8,1533 | 1,93172 |
| | Ens. secundário | 126 | 7,9278 | 1,33485 |
| | Ens. Superior | 56 | 7,6786 | 1,61118 |
| | Total | 264 | 7,9383 | 1,53487 |
| Garantia | S/ Habil | 9 | 8,0833 | 1,35208 |
| | Ens. primário | 43 | 8,1163 | 1,68268 |
| | Ens. básico | 30 | 7,8167 | 2,25233 |
| | Ens. secundário | 126 | 8,0873 | 1,63258 |
| | Ens. Superior | 56 | 7,7232 | 1,73904 |
| | Total | 264 | 7,9839 | 1,72985 |

Descritivas

| | | N | Média | Desvio Padrão | Erro Padrão |
|---------------|--------------|-----|--------|------------------|-------------|
| Empatia | Desempregado | 42 | 7,4286 | 2,12606 | ,32806 |
| | Reformado | 77 | 8,1013 | 1,73740 | ,19799 |
| | Estudante | 17 | 8,0706 | 1,39811 | ,33909 |
| | Empregado | 128 | 7,8004 | 1,74384 | ,15413 |
| | Total | 264 | 7,8464 | 1,79318 | ,11036 |
| Confiança | Desempregado | 42 | 7,1833 | 1,96058 | ,30252 |
| | Reformado | 77 | 7,7662 | 1,66462 | ,18970 |
| | Estudante | 17 | 7,4118 | 1,64996 | ,40017 |
| | Empregado | 128 | 7,3306 | 1,61721 | ,14294 |
| | Total | 264 | 7,4395 | 1,69590 | ,10438 |
| Resposta | Desempregado | 42 | 7,6143 | 1,74825 | ,26976 |
| | Reformado | 77 | 8,0909 | 1,63564 | ,18640 |
| | Estudante | 17 | 8,2235 | 1,25276 | ,30384 |
| | Empregado | 128 | 7,7668 | 1,67826 | ,14834 |
| | Total | 264 | 7,8665 | 1,65623 | ,10193 |
| Tangibilidade | Desempregado | 42 | 7,6714 | 1,63726 | ,25264 |
| | Reformado | 77 | 8,2130 | 1,53942 | ,17543 |
| | Estudante | 17 | 8,0353 | 1,34766 | ,32685 |
| | Empregado | 128 | 7,8477 | 1,51240 | ,13368 |
| | Total | 264 | 7,9383 | 1,53487 | ,09446 |
| Garantia | Desempregado | 42 | 7,7321 | 1,92179 | ,29654 |
| | Reformado | 77 | 8,2013 | 1,63536 | ,18637 |
| | Estudante | 17 | 8,3088 | 1,30961 | ,31763 |
| | Empregado | 128 | 7,8926 | 1,76517 | ,15602 |
| | Total | 264 | 7,9839 | 1,72985 | ,10646 |

Testes de Hipótese

Teste de amostras independentes

| | | Teste de Levene para igualdade de variâncias | | teste-t para Igualdade de Médias | | |
|---------------|---------------------------------|--|------|----------------------------------|---------|------------------|
| | | F | Sig. | t | gl | Sig. (bilateral) |
| Empatia | Variâncias iguais assumidas | 3,275 | ,071 | -2,065 | 262 | ,040 |
| | Variâncias iguais não assumidas | | | -2,226 | 176,310 | ,027 |
| Confiança | Variâncias iguais assumidas | 4,308 | ,039 | -1,404 | 262 | ,162 |
| | Variâncias iguais não assumidas | | | -1,526 | 179,878 | ,129 |
| Resposta | Variâncias iguais assumidas | 5,685 | ,018 | -1,772 | 262 | ,078 |
| | Variâncias iguais não assumidas | | | -1,951 | 185,841 | ,053 |
| Tangibilidade | Variâncias iguais assumidas | ,276 | ,600 | -,724 | 262 | ,470 |
| | Variâncias iguais não assumidas | | | -,746 | 157,683 | ,457 |
| Garantia | Variâncias iguais assumidas | 4,172 | ,042 | -2,014 | 262 | ,045 |
| | Variâncias iguais não assumidas | | | -2,239 | 190,404 | ,026 |

Estatísticas de teste^{a,b}

| | Empatia | Confiança | Resposta | Tangibilidade | Garantia |
|-----------------------|---------|-----------|----------|---------------|----------|
| Qui-quadrado | 3,807 | 8,972 | 4,367 | 5,979 | 3,570 |
| gl | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Significância Assint. | ,283 | ,030 | ,224 | ,113 | ,312 |

a. Teste Kruskal Wallis

b. Variável de Agrupamento: Estado Civil

Estatísticas de teste^{a,b}

| | Empatia | Confiança | Resposta | Tangibilidade | Garantia |
|-----------------------|---------|-----------|----------|---------------|----------|
| Qui-quadrado | 3,321 | 5,248 | 3,992 | 5,657 | 2,988 |
| gl | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Significância Assint. | ,345 | ,155 | ,262 | ,130 | ,393 |

a. Teste Kruskal Wallis

b. Variável de Agrupamento: Situação Profissional

Estatísticas de teste^{a,b}

| | Empatia | Confiança | Resposta | Tangibilidade | Garantia |
|-----------------------|---------|-----------|----------|---------------|----------|
| Qui-quadrado | 3,142 | 3,517 | 2,973 | 6,207 | 2,497 |
| gl | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Significância Assint. | ,534 | ,475 | ,562 | ,184 | ,645 |

a. Teste Kruskal Wallis

b. Variável de Agrupamento: Habilitações literárias

Anexo VI - Análise de Fatores

| Matriz de correlações | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | | CC1 | CC2 | CC3 | CC4 | CC5 | CC6 | CC7 | CC8 | CC9 | CC10 | CC11 | CC12 |
| Correlação | CC1 | 1,00 | 0,81 | 0,79 | 0,76 | 0,66 | 0,62 | 0,40 | 0,63 | 0,64 | 0,58 | 0,47 | 0,49 |
| | CC2 | 0,81 | 1,00 | 0,83 | 0,78 | 0,64 | 0,65 | 0,43 | 0,61 | 0,62 | 0,58 | 0,57 | 0,51 |
| | CC3 | 0,79 | 0,83 | 1,00 | 0,80 | 0,72 | 0,65 | 0,40 | 0,60 | 0,67 | 0,63 | 0,55 | 0,54 |
| | CC4 | 0,76 | 0,78 | 0,80 | 1,00 | 0,73 | 0,64 | 0,44 | 0,67 | 0,70 | 0,69 | 0,56 | 0,51 |
| | CC5 | 0,66 | 0,64 | 0,72 | 0,73 | 1,00 | 0,57 | 0,44 | 0,60 | 0,65 | 0,64 | 0,54 | 0,51 |
| | CC6 | 0,62 | 0,65 | 0,65 | 0,64 | 0,57 | 1,00 | 0,41 | 0,56 | 0,58 | 0,56 | 0,60 | 0,54 |
| | CC7 | 0,40 | 0,43 | 0,40 | 0,44 | 0,44 | 0,41 | 1,00 | 0,44 | 0,40 | 0,44 | 0,43 | 0,36 |
| | CC8 | 0,63 | 0,61 | 0,60 | 0,67 | 0,60 | 0,56 | 0,44 | 1,00 | 0,80 | 0,72 | 0,63 | 0,52 |
| | CC9 | 0,64 | 0,62 | 0,67 | 0,70 | 0,65 | 0,58 | 0,40 | 0,80 | 1,00 | 0,89 | 0,65 | 0,58 |
| | CC10 | 0,58 | 0,58 | 0,63 | 0,69 | 0,64 | 0,56 | 0,44 | 0,72 | 0,89 | 1,00 | 0,73 | 0,63 |
| | CC11 | 0,47 | 0,57 | 0,55 | 0,56 | 0,54 | 0,60 | 0,43 | 0,63 | 0,65 | 0,73 | 1,00 | 0,62 |
| | CC12 | 0,49 | 0,51 | 0,54 | 0,51 | 0,51 | 0,54 | 0,36 | 0,52 | 0,58 | 0,63 | 0,62 | 1,00 |

| Variância total explicada | | | | | | |
|--|----------------------|----------------|--------------|------------------|----------------|--------------|
| Componente | Autovalores iniciais | | | carregamentos ao | | |
| | Total | % de variância | % cumulativa | Total | % de variância | % cumulativa |
| CC1 | 7,683 | 64,028 | 64,028 | 7,683 | 64,028 | 64,028 |
| CC2 | 0,948 | 7,901 | 71,929 | | | |
| CC3 | 0,723 | 6,029 | 77,958 | | | |
| CC4 | 0,607 | 5,058 | 83,016 | | | |
| CC5 | 0,433 | 3,606 | 86,622 | | | |
| CC6 | 0,382 | 3,181 | 89,803 | | | |
| CC7 | 0,338 | 2,814 | 92,618 | | | |
| CC8 | 0,267 | 2,227 | 94,845 | | | |
| CC9 | 0,217 | 1,805 | 96,650 | | | |
| CC10 | 0,180 | 1,504 | 98,154 | | | |
| CC11 | 0,139 | 1,155 | 99,309 | | | |
| CC12 | 0,083 | 0,691 | 100,000 | | | |
| Método de Extração: Análise de Componente Principal. | | | | | | |

| Teste de KMO e Bartlett | | |
|-----------------------------------|---------------------|----------|
| Medida Kaiser-Meyer-Olkin de | | 0,928 |
| Teste de esfericidade de Bartlett | Aprox. Qui-quadrado | 2743,231 |
| | gl | 66 |
| | Sig. | 0,000 |

Anexo VII - Dimensões da Satisfação

| Variável | Questão | Dimensão |
|----------|---|---------------|
| S3 | Explicações dos exames prescritos | Confiança |
| S15 | Sinalização no serviço (facilidade se orientar no interior do estabelecimento) | Confiança |
| S16 | Tempo obtenção da consulta | Confiança |
| S17 | Tempo de espera para ser consultado | Confiança |
| S24 | Informações prestadas aos familiares (forma como foram abordados aos seus familiares acerca da evolução do estado de saúde e a necessidade) | Confiança |
| S1 | Interesse por parte do médico pelo seu problema de saúde | Empatia |
| S2 | Relacionamento com o seu médico | Empatia |
| S6 | Facilidade de contacto com o médico | Empatia |
| S20 | Cuidados e carinho (cortesia, respeito, amizade e gentileza com que foi tratado) | Empatia |
| S22 | Atenção que foi dada as suas necessidades (forma como foi recebido pelos profissionais e atenção que foi dada às suas preocupações) | Empatia |
| S7 | Competência desempenho das funções | Garantia |
| S8 | Cortesia no atendimento | Garantia |
| S9 | Explicação dos tratamentos | Garantia |
| S21 | Eficiência no processo de admissão para a realização da consulta | Garantia |
| S4 | Informações sobre os sintomas das doenças | Resposta |
| S5 | Aconselhamento sobre o tratamento | Resposta |
| S10 | Aconselhamento sobre cuidados a manter | Resposta |
| S18 | Disponibilidade do pessoal | Resposta |
| S23 | Facilidade em obter informações (responder às suas questões e duvidas) | Resposta |
| S11 | Qualidade das instalações | Tangibilidade |
| S12 | Espaço de atendimento / espera (espaço acolhedor) | Tangibilidade |
| S13 | Limpeza e higiene das instalações | Tangibilidade |
| S14 | Privacidade (forma como a sua privacidade foi assegurada) | Tangibilidade |
| S19 | Aspetos técnicos (forma como a equipe desempenhou as atividades) | Tangibilidade |

Anexo VIII- Estatísticas da Regressão

| Empatia | | | | | |
|--|-------------------|------------|---------------------|---------------------------|--|
| Sumarização do modelo | | | | | |
| Modelo | R | R quadrado | R quadrado ajustado | Erro padrão da estimativa | |
| 1 | ,797 ^a | ,634 | ,633 | 1,09071 | |
| a. Preditores: (Constante), Centralidade | | | | | |

| ANOVA ^a | | | | | | |
|--|-----------|--------------------|-----|----------------|---------|-------------------|
| Modelo | | Soma dos Quadrados | gl | Quadrado Médio | F | Sig. |
| 1 | Regressão | 534,771 | 1 | 534,771 | 449,520 | ,000 ^b |
| | Resíduo | 308,119 | 259 | 1,190 | | |
| | Total | 842,890 | 260 | | | |
| a. Variável Dependente: Empatia | | | | | | |
| b. Preditores: (Constante), Centralidade | | | | | | |

| Confiança | | | | |
|--|-------------------|------------|---------------------|---------------------------|
| Sumarização do modelo | | | | |
| Modelo | R | R quadrado | R quadrado ajustado | Erro padrão da estimativa |
| 1 | ,790 ^a | ,624 | ,622 | 1,04351 |
| a. Preditores: (Constante), Centralidade | | | | |

| ANOVA ^a | | | | | | |
|--|-----------|--------------------|-----|----------------|---------|-------------------|
| Modelo | | Soma dos Quadrados | gl | Quadrado Médio | F | Sig. |
| 1 | Regressão | 467,694 | 1 | 467,694 | 429,509 | ,000 ^b |
| | Resíduo | 282,026 | 259 | 1,089 | | |
| | Total | 749,720 | 260 | | | |
| a. Variável Dependente: Confiança | | | | | | |
| b. Preditores: (Constante), Centralidade | | | | | | |

| Tangibilidade | | | | |
|--|-------------------|------------|---------------------|---------------------------|
| Sumarização do modelo | | | | |
| Modelo | R | R quadrado | R quadrado ajustado | Erro padrão da estimativa |
| 1 | ,754 ^a | ,569 | ,567 | 1,01114 |
| a. Preditores: (Constante), Centralidade | | | | |

| ANOVA ^a | | | | | | |
|--|-----------|--------------------|-----|----------------|---------|-------------------|
| Modelo | | Soma dos Quadrados | gl | Quadrado Médio | F | Sig. |
| 1 | Regressão | 349,294 | 1 | 349,294 | 341,639 | ,000 ^b |
| | Resíduo | 264,804 | 259 | 1,022 | | |
| | Total | 614,098 | 260 | | | |
| a. Variável Dependente: Tangibilidade | | | | | | |
| b. Preditores: (Constante), Centralidade | | | | | | |

| Resposta | | | | |
|--|-------------------|------------|---------------------|---------------------------|
| Sumarização do modelo | | | | |
| Modelo | R | R quadrado | R quadrado ajustado | Erro padrão da estimativa |
| 1 | ,808 ^a | ,653 | ,651 | ,98004 |
| a. Preditores: (Constante), Centralidade | | | | |

| ANOVA ^a | | | | | | |
|--|-----------|--------------------|-----|----------------|---------|-------------------|
| Modelo | | Soma dos Quadrados | gl | Quadrado Médio | F | Sig. |
| 1 | Regressão | 467,789 | 1 | 467,789 | 487,039 | ,000 ^b |
| | Resíduo | 248,763 | 259 | ,960 | | |
| | Total | 716,551 | 260 | | | |
| a. Variável Dependente: Resposta | | | | | | |
| b. Preditores: (Constante), Centralidade | | | | | | |

| Garantia | | | | |
|--|-------------------|------------|---------------------|---------------------------|
| Sumarização do modelo | | | | |
| Modelo | R | R quadrado | R quadrado ajustado | Erro padrão da estimativa |
| 1 | ,777 ^a | ,604 | ,602 | 1,09619 |
| a. Preditores: (Constante), Centralidade | | | | |

| ANOVA ^a | | | | | | |
|--|-----------|--------------------|-----|----------------|---------|-------------------|
| Modelo | | Soma dos Quadrados | gl | Quadrado Médio | F | Sig. |
| 1 | Regressão | 473,934 | 1 | 473,934 | 394,412 | ,000 ^b |
| | Resíduo | 311,220 | 259 | 1,202 | | |
| | Total | 785,154 | 260 | | | |
| a. Variável Dependente: Garantia | | | | | | |
| b. Preditores: (Constante), Centralidade | | | | | | |